受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
支給額	円

支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者

資格取得	年　月　日
資格喪失	年　月　日
支払年月日	年　月　日

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

（第　回目）

（注意事項）
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者の記号・番号		被保険者が勤務する（していた）事業所の	名称		
			所在地		
傷病名			発病又は負傷年月日	年　月　日	
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称		所在地及び電話番号	〒	
	氏名				
診察又は手当の内容	入院期間 自　年　月　日 至　年　月　日 コルセット装着日　年　月　日				
診察又は手当を受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金　円也	
診察又は手当が被保険者の選定にかかわる特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家庭療養費の支給を受けることができなかった理由					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実との届出の有無		加害者の氏名		
			加害者の住所	〒	
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	明 昭 大 平　年　月　日	被保険者との続柄
振込希望銀行	銀行　支店　普通 当座				

上記の通り申請します。

年　月　日　〒
住所
被保険者の
氏名　㊞

健康保険組合理事長　殿

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

領収（診察）明細書

（　月　日～　月　日までの分）

患者名		職務上の事由	職務上・3月以内・下船後・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜		注射	皮下筋肉内・静脈内　回 その他　回	
再診	再診　回 時間外　回 休日　回 深夜　回		検査	回 回 回 薬剤　回	
往診	普通　回 夜間　回 深夜・暴雨風雪・難路　回		レントゲン	回 回 回	
指導			処置及び手術	回 回 回 回 回 回	
投薬	内服　単位 屯服　単位 外用　単位 調剤　単位 調基　回				
入院	1月未満　日間（　日～　日） 1月～3月未満　日間（　日～　日） 3月以上　日間（　日～　日） 給食の有無		その他	回	
			合計		

上記のとおり領収（診察）しました。
年　月　日　〒
医師 住所 氏名　㊞

（注意事項）
1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状

私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。
被保険者
年　月　日 請求した　療養費のうち
被扶養者
金　也の受領をすること。

年　月　日　〒
被保険者の 住所 氏名　㊞
〒
代理人の 住所 氏名　㊞

振込希望の銀行	銀行　支店	普通 当座

領収書

金　也但し
うえの金額を領収しました。

年　月　日
健康保険組合理事長　殿
〒
受領者　住所
氏名　㊞