受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決済年月日	年　月　日
支給額	円
支給内訳	埋葬料　円
	埋葬費　円

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
家族

療養費支給申請書

（第　回目）

被保険者記号・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			発病又は負傷の年月日	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				
診療又は手当の内容			入院期間	自　年　月　日	
				至　年　月　日	
			コルセット装着日	年　月　日	
診療又は手当を受けた期間	自　年　月　日	日間	診療又は手当に要した費用の額	円	
	至　年　月　日				
療養又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付もしくは家族療養費の給付が受けられなかった理由					
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	昭・平・令　年　月　日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行	銀行　支店（普通・当座　）				

上記のとおり申請します。　年　月　日

健康保険組合理事長殿　〒　－

被保険者の　住所
氏名

委任状	私は　を代理人と定め、次の権限を委任する。 本申請に基づく給付金の受療に関すること。 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（診療）明細書　　医科

患者名		傷病名	

入院外

初診	時間外　・　休日　・深夜		
再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
指導			
在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
	薬剤		回
投薬	内服 薬剤	×	単位
	内服 調剤	×	回
	屯服 薬剤	×	単位
	外用 薬剤	×	単位
	外用 調剤	×	回
	処方	×	回
	麻毒	×	回
	調基		
注射	皮下筋肉		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		回
手術 麻酔			回
	薬剤		回
検査			回
	薬剤		回
画像 診断			回
	薬剤		回
その他	処方箋	×	回
	薬剤		回
合計			円

入院

初診	時間外　・　休日　・深夜		
投薬	内服	単位	
	屯服	単位	
	外用	単位	
	調剤	日	
	麻毒	日	
	調基		
注射	皮下筋肉		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		回
手術 麻酔			回
	薬剤		回
検査			回
	薬剤		回
画像 診断			回
	薬剤		回
その他	処方箋	×	回
	薬剤		回
入院	入院年月	年　月　日	
	病診衣 入院料	×	日間
		×	日間
		×	日間
	管理 入院時医学管理料	×	日間
	特定入院料・その他		
食事	基準		
	円×	日間	
	円×	日間	
	円×	日間	
合計			円

上記のとおり領収（診療）いたしました。　　年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

医療機関電話番号