

受付年月日	年 月 日
同年月日	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

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
家 族

療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回 目)

被保険者証の 記号・番号	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
	氏名				及び電 話 番号
診療又は 手当の内容	入院期間				自 年 月 日
	コルセット装着日				至 年 月 日
診療又は手当を 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
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	平大 令昭	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。					
健康保険組合理事長殿 住所 被保険者の 氏名 ⑩					

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	金	年 月 日	日請求した被保険者療養費・家族療養費のうち 円也の受領に関すること。		
	年 月 日	住所			
	被保険者の	住所			
	氏名	住所			
	代理人の	住所			
	氏名				
⑩ 振込希望の銀行	銀行		支店 (普通 当座)		

領 収 書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名 ⑩
-------------	---

領収(診療)明細書 医科

患者名						傷病名							
入院外						入院							
初診		時間外 ・ 休日 ・ 深夜				初診		時間外 ・ 休日 ・ 深夜					
再 診	再診	×	回			投 薬	内服	単位					
	外来管理加算	×	回				屯服	単位					
	時間外	×	回				外用	単位					
	休日	×	回				調剤	日					
	深夜	×	回				麻毒	日					
指導						調基							
在 宅	往診			回			注 射	皮下筋肉		回			
	夜間			回				静脈内		回			
	深夜・緊急			回				その他		回			
	在宅患者訪問診療								回				
投 薬	その他				回			処 置			回		
	薬剤				回				薬剤		回		
	内服	{	薬剤	×	単位			手 術 酔			回		
			調剤	×	回				薬剤		回		
	外用	{	薬剤	×	単位			検 査			回		
			調剤	×	回				薬剤		回		
処 方			×	回			画 診 像 断			回			
			×	回				薬剤		回			
麻 毒 調 基			×	回			そ の 他	処方箋		×	回		
			×	回				薬剤		回			
注 射	皮下筋肉				回			入 院	入院年月		年	月	日
	静脈内				回				病診衣	入	×	日間	
	その他				回				院料		×	日間	
処置									管入院時		×	日間	
手麻術酔									理医学				
検査									特定入院料・その他				
画 診 像 断	薬剤				回			食 事	基準				
	薬剤				回				円× 日間				
そ の 他	処方箋		×	回			円× 日間						
	薬剤				回			円× 日間					
合計						円		合計				円	

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

医師の 住所
 氏名

