

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

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 1 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	〇〇〇△株式会社		
	1011	2568		所在地	東京都 〇〇区 △町 2-4-12		
				電話	03-0000-0000		
傷病名	アレルギー性鼻炎			発病又は 負傷の年月日	29年 4月 10日		
発病又は 負傷の原因	花粉によるもの						
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	〇村 クリニック		所在地 及び電話 番号	〇〇県△〇市 □〇町 1-5-45 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	氏名	〇村 △郎					
診療又は 手当の内容				入院期間	自	年 月 日	至
				コルセット装着日	年 月 日		
診療又は手当を 受けた期間	自	1年 5月 10日	至	1年 5月 11日	2日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 8,700 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	旅行先で保険証を持っていなかったため						
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	健保 花子		生年月日	平大 令 55年 10月 21日	被保険者 との続柄	妻
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 東京都 〇〇区〇町 1-2-25 〇〇マンション205 氏名 健保 太郎			

健保印

委任状	私は	年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。	年 月 日	日請求した被保険者療養費・家族療養費のうち		
	金	円也	の受領に関すること。				
	被保険者の	住所	氏名			(印)	
	代理人の	住所	氏名			(印)	
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					
	受領者			住所		
				氏名		(印)

# 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	内服	単位				
	外来管理加算								
指	時間外			医師が記入					
	休日								
深夜									
往診			回						
夜間			回						
深夜・緊急			回						
在宅患者訪問診療			回						
その他			回						
薬剤			回						
投薬	内服	薬剤	×					単位	検査
		調剤	×	回	薬剤	回			
	外用	薬剤	×	単位	画像断				
		調剤	×	回		薬剤	回		
		処方箋	×	回	その他	処方箋	×	回	
麻毒	×	回	薬剤	回					
調基					入院	入院年月	年 月 日		
注射	皮下筋肉			回		病診衣	入院	×	日間
	静脈内			回			入院	×	日間
	その他			回		料	×	日間	
処置			回	管入院				×	日間
	薬剤				回	理時			
手麻術酔			回	料学					
	薬剤				回				
検査			回	特定入院料・その他					
	薬剤							回	
画像断			回	食事	基準				
	薬剤				回				
その他	処方箋	×	回		円×	日間			
	薬剤			回	円×	日間			
				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

印