

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 1011	番号 2568	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		
			所在地	東京都 〇〇区 △町 2-4-12		
			電話	03-0000-0000		
傷病名	右変形性膝関節症			発病又は負傷の年月日	1 年 5 月 7 日	
発病又は負傷の原因	不明					
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 整形外科クリニック		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	右膝装具軟性の装着			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	1 年 5 月 10 日	至 年 月 日	1 年 5 月 10 日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額
						金 25,000 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	治療用装具を作成したため					
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 昭 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 被保険者の氏名 健保 太郎 (健保印)						

委任状	私は 年 月 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事。 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 住所 受領者 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							
診	時間外			医師が記入				
	休日							
深夜								
指導								
在宅	往診							回
	夜間							回
	深夜・緊急							回
	在宅患者訪問診療							回
投薬	その他							回
	薬剤							回
	内服	{	薬剤	×	単位	回		
	調剤	×	回					
	外用	{	薬剤	×	単位	回		
調剤	×	回						
注射	処方箋	×	回					
	麻毒基	×	回					
検査	皮下筋肉			回				
	静脈内			回				
	その他			回				
	処置			回				
手術	薬剤			回				
	薬剤			回				
検査	薬剤			回				
	薬剤			回				
画像	薬剤			回				
	薬剤			回				
その他	処方箋	×	回					
	薬剤			回				
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

