

【添付書類】

- ・領収書（原本）
- ・医師の証明書（装具装着指示書など）（原本）
- ・装具現物の全体の写真（前・横）
- ・装具装着時の写真（前・横）

同一年一日 記入例	年月日 年月日
支給額	円

支給期間	自年月日 至年月日 日間
------	--------------------

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 療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

被保険者等 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 所在地	名称 〒107-0052 東京都港区赤坂7-8-5		
氏名	健保 太郎		発病又は負傷の年月日 ○年 ○月 ○日		
傷病名	右足骨折				
発病又は 負傷の原因	旅行中、ホテルの部屋で転倒したため				
傷病の経過	良好				
診療又は手当 を受けた医療 機関（名称・ 所在地・医師 の氏名）	名称 ○○病院 *指示をした医療機関名 氏名 ○○ ○○○	所在地 及び電話番号	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○1-1-1		
診療又は 手当の内容	レントゲンの後、固定		入院期間 コルセット装着日 自至年年月月日 年年月月日		
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		
療養の給付又は 特定療養費もし くは家族療養費 の支給を受ける ことのできなか つた理由	治療用装具の作成のためなど				
第三者の行為に 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	年月日	被保険者 との続柄	
振込希望の銀行	銀行	支店	1.普通 口座番号（ ） 2.当座 口座名義（ ）		

(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」を添付してください。

受付日付印

領収（診療）明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		職務上 の事由	職務上・通勤災害		傷病名	
初 診	時間外 休 日 深 夜	回 回 回	円	注 射	皮下注射・静脈内 その他	回 回
再 診	再 診 時間外 休 日 深 夜	回 回 回		検 査		回 回 回
往 診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回		レゲ ンシ ト		回 回 回
指 導				處 置 及 び 手 術		回 回 回 回 回
投 薬	内 服 屯 服 外 用 調 剤 調 基	単位 単位 単位 単位 回			薬 剤	回
入 院	1ヶ月未満 1ヶ月～3ヶ月未満 3ヶ月以上 給食の有無	日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日) 日間 (日～ 日)		その 他		回
				合 計		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

〒

住所
医師
氏名

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者の 住所〒〇〇〇-〇〇〇 東京都〇〇区〇〇2-2-2 氏名 健保 太郎 代理人の 住所〒 氏名			
振込希望の銀行	銀行	支店	1.普通 2.当座	口座番号 () 口座名義 ()

(注意事項)

- 領収書を添付してください。
- 歯科診療の場合は、うえの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成してください。
- 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」を交付してください。
この場合、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
- お支払いは事業主経由で行ないます。同意されない方がいらっしゃいましたら、当健保までお申出ください。（任継除く）