

同 年 日 日	年 月 日				
注 記	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

【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）

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

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	名 称 所在地	(株)ナイガイ 〒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 ・ 医 所 在 地 ・ 医 師 の 氏 名 )	名 称 氏 名	〇〇病院 *指示をした医療機関名 〇〇 〇〇〇	所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒〇〇〇-〇〇〇 東京都〇〇区〇〇1-1-1	
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 月 日 年 月 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 至	○ 年 ○月 ○日 ○ 年 ○月 ○日	○日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 ○、〇〇〇 円也
療養の給付又は 特定療養費もし しくは家族療養 費の支給を受け ることのできな かった理由	治療用装具の作成のためなど				
第三者の行為に よる負傷である と	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		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 回		検査		回 回 回 回	薬剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回		レゲ ン ト		回 回 回	
指導				処置 及び 手術	薬剤	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					
入院	1月未満 1月～3月未満 3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〒○○○-○○○ 東京都○○区○○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)

- 1. 領収書を添付してください。
- 2. 歯科診療の場合は、うへの領収（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。
- 3. 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、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
- 4. 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）