

添付書類

- ・領収書（原本）
- ・診療明細書（原本）

同 年 日 日	年 月 日	支給支	
記入例	年 月 日	常務理事	事務長
	支給額	円	
支給期間	自 年 月 日	資格取得	年 月 日
	至 年 月 日	資格喪失	年 月 日
	日間	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	○	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称	株式会社 <b>ナイガイ</b>		
	番号	○○○		所在地	〒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		所在地及び電話番号	〒○○○-○○○		
	氏名	○○ ○○○			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 年 月 日 至 年 月 日		
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日	○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った理由	保険証不携帯のため、など						
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	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器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	回 回 回 回 薬剤
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	日間（ 日～ 日）		その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）			
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）		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	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者の 住所 〒○○○-○○○ 東京都○○区○○2-2-2 氏名 健保 太郎</p> <p style="text-align: right;">代理人の 住所 〒 氏名</p>
振込希望の銀行	<p style="text-align: center;">銀行 支店</p> <p>1.普通 口座番号 ( ) 2.当座 口座名義 ( )</p>

(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器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いません。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）