

同 年 日 日	年 月 日				
注 記	年 月 日				
記入例					
支給額	円				
支給期間		自 年 月 日	至 年 月 日		
		日間			
		支給支			
		常務理事		事務長	
		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）
- ・診療明細書（原本）

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被 保 險 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)ナイガイ			
	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 号 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 至	年 月 日 年 月 日	
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 至	○ 年 ○ 月 ○ 日	○ 日 間	○ 年 ○ 月 ○ 日	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 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	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	
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）