受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
支給額	円
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日 日間

支給支払決議書		
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
被扶養者　療養費支給申請書　（第　回目）

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時は「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。

被保険者証の記号・番号		被保険者が勤務する事業所の	名称	
			所在地	
傷病名			発病又は負傷の年月日	年　月　日
発病又は負傷の原因				
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		所在地及び電話番号	
	氏名			
診療又は手当の内容			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 至　年　月　日　日間		診療又は手当に要した費用の額	円
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ができなかった理由				
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	昭和 平成 令和　年　月　日
			被保険者との続柄	
振込希望の銀行	銀行　支店		（普通　） （当座　）	

注：振込口座は被保険者本人のものを記載してください。（被扶養者分の給付も被保険者本人の口座へ振り込みます。）

上記のとおり申請します。　年　月　日

健康保険組合理事長　殿

被保険者の　住所
氏名

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	皮下筋肉内・動脈内　回 その他　回	
再診	再診　回 休日　回 時間外　回 深夜　回		検査	回 回 回 薬剤　回	
往診	普通　回 夜間　回 深夜・暴風雨雪・難路　回		レゲント	回 回 回	
指導			処置及び手術	回 回 回 回 薬剤　回	
投薬	内服　単位 屯服　単位 外用　単位 調剤　単位 調基　回				
入院	1月未満　日間（　日～　日） 1月～3月未満　日間（　日～　日） 3月以上　日間（　日～　日） 給食の有無		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

医師　住所
氏名

委任状	本申請書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 氏名　㊞ 代理人の　住所 氏名　㊞
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 受領者　住所 氏名　㊞

注意事項
1すでに領収書を発行しているときは（領収）の字句を消して「診療明細書」としてください。
2歯科診療の場合は別に領収（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。この場合左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。