

(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 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)

被保険者証の 記 号・番 号	第 号	被保険者が勤務する(してい た)事業所の	名 称	電 話		
		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	〒	
診 療 の 内 容	氏名			診療に要し た費用の額	円	
診 療 の 期 間	自 至 年 月 日 日間	入 院 の 場 合、 左記の入院期間	自 至 年 月 日 日間			
療養が被保険者の 選定に係る特別 の病室の提供、 その他厚生労働 大臣が定める療 養を含むときは その旨						
療養の給付を受け 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 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀行 金庫 信組		店・本店 支店・出張所			
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義			
上記のとおり申請します。 年 月 日						
住所 〒 被保険者の 氏名 健康保険組合理事長 殿						

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名			傷病名			診療 期間	自 至 年 月 日	診 療 実日数	日	
再 診	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	検病 査理	回				
	再 診	×	回		薬 剤					
	外来管理加算	×	回							
時 間 外 日 夜	×	回			画 診 像 断	回				
	×	回				薬 剤				
	深夜	×	回			そ の 他	回			
在宅患者訪問診療 その他	×	回			薬 剤					
在 宅	往 診	回			入 院	年 月 日				
	夜 間	回				病 診	点			
	深夜・緊急	回				入院基本料・加算				
投 薬	内服	薬 剤	×	単位 回	院	日間				
	外用	薬 剤	×	単位 回		日間				
	処 方	薬 剤	×	単位 回		日間				
注 射	皮下	薬 剤	×	単位 回	食 事・ 生 活	円 × 回				
	筋 肉	薬 剤	×	単位 回		円 × 回				
	静 脈	薬 剤	×	単位 回	基 準 特 別 食 堂 環 境	基 準 (生) 円 × 回				
処 置	薬 剤	回			合 計	円				
手 術	薬 剤	回								
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日										
委 任 状	私は、 年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日									
	住所 〒 被保険者の 氏名									
	住所 〒 代 理 人 の 氏名 委任者と代理人との関係									
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀行・金庫・信組 店・本店 支店・出張所									
	普通 当座 口座番号 フリガナ 口座名義									
領 収 書	金 円也但し 年 月 日									
	うえの金額を領収いたしました。 健康保険組合理事長 殿									
	住所 〒 受領者 氏名 ㊟									

3.2.1. (注意事項)
すでに領収書が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。
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。
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。