



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成 年 月 日					
支給額	拾万 万 千 百 拾 円					
支給内訳	法定 款 項 目	拾万 万 千 百 拾 円	資格	得 喪	年 月 日	療 始 年 月 日
※ 支払	附加				年 月 日	養 終 年 月 日
決 議 書	種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定
	初 診	円	円	注 射	円	円
	再 診			検 査		
	往 診			処置及び手術		合 計
	投 薬					一 部 負 担

**被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書** (第 回 目)

健康保険 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回 目)

① 被保険者証の記号・番号	② 101	③ 99999	④ 生 年 月 日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受 取 代理人	⑧ 受 付 年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ) 東武 太郎		⑦ 名 称	株式会社 東武百貨店			
⑩ 郵便番号	+	⑪ 住所コード	① 所在地	東京都豊島区西池袋1-1-25			
⑪ 住所	東京都港区青山X-X-X		② 氏名	該当なし			
⑫ 傷病コード	※	⑬ カ ナ	⑭ 傷病名	左腓骨、左尺骨骨折			
⑮ 発病又は負傷の原因及びその経過	新潟県石打スキー場ゲレンデにて滑走中 転倒 湯沢病院で手術、良好。			⑯ 発病又は負傷年月日(療養開始日)	〇〇年 2月 10日		
⑰ 診療を受けた病院等	⑱ 名称	石打高原診療所		⑲ 診療した医師氏名	松本一雄		
⑲ 診療の期間(支給期間)	自 〇〇年 2月 10日	⑳ 日 数	1日	㉑ 入院・入院外の別	0:入院外 1:入院		
㉒ 診療内容	注射、処置、徒手整復後ギブス固定			㉓ 入院の場合左記の入院期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間		
㉔ 療 養 費 の 別	1. 立替払い等	㉕ 療養の原因(コード)	㉖ 施術回数	㉗ 特別支給(備考)	30,000 円		
	2. 治療用器具	㉘ 治療用器具(コード)	㉙ 支給種別	㉚ 特別支給(備考)			
	3. 生 血	㉛ 輸 血 回 数		㉜ 特別支給(備考)			
㉝ 支給回数	㉞ 支給算出額	㉟ 調整減額コード	㊱ 調査先コード	㊲ 海外表示	0:国内 1:海外		

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

平成 年 月 日 提出

事業所  
担当者印

領 収 書	金 円也領収いたしました。	平成 年 月 日
	健康保険組合理事長殿	氏 名

※ 受付日付印

支払を受けたときに記入

支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	銀行 金庫 農協	本店 支店
金融機関コード	※			口座名義	
口座番号					郵便局

健保組合に届出している事業主(会社)の受取者の押印

捺印を忘れずに

⑳ 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。

平成 年 月 日

被保険者住所 (申請者) 氏名 **東京都港区青山X-X-X ハートイン青山101 東武太郎**

⑳ 代理人の氏名と印 (フリガナ) **大林 力** 委任者と代理人との関係 **事業主(会社)の担当者が記入**

代理人の住所 ⑳ 郵便番号 (フリガナ) **東京都文京区本駒込2-29-22**

㉓ 住所コード ※

### 領収(診療)明細書

かかった医師に記入してもらってください。

患者名	傷病名	
入院外		
初診	時間外・休日・深夜	円
再診	時間内 時間外 休日・深夜	回 回 回
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	回 回 回
指導		
投薬	内服 外用 外用調剤	回 回 回
注射	皮下筋肉内 静脈内	回 回
検査		
レントゲン	透視 造影	回 回 回
処置及び手術	材料 麻酔剤	回 回 回 回
その他		
合計		円
入院		
初診	時間外・休日・深夜	円
投薬	内服 外用	回 回
注射	皮下筋肉内 静脈内	回 回
処置及び手術	材料 麻酔剤	回 回 回 回
検査		
レントゲン	透視 造影	回 回 回
その他		
入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上の 給食の有・無	日間(日～日) 日間(日～日) 日間(日～日) 有・無
合計		円

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入して下さい。

(添付書類についての注意)

(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。

(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。

(3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。

(4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。

なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医師の住所  
氏名

印