

受付年月日	<p>記入見本は、3枚あります。</p> <p>1枚目：治療用装具申請時の記入例</p> <p>2枚目：立替払申請時の記入例</p> <p>3枚目：委任状</p>	支給支払決議書	
伺年月日			
決裁年月日			
支給額			
支給期間		年 月 日	年 月 日

治療用装具申請時の記入例

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (第 回日)

被保険者証の 記号・番号	000 第 000000 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 所在地	株式会社〇〇〇 〒105-8688 東京都港区虎ノ門△-△-△	電話 局 番
傷病名	腰部椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	平令 31年 1月 5日	
発病又は負傷の原因	不明				
傷病の経過	今年の初めころから時々痛みを感じ、重い物を持ち上げた際激痛が走り、動けなくなった。				
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 〇〇大学病院	氏名 〇〇 ××	所在地 及び電 話番号	〒105-8688 東京都港区虎ノ門×-×-×	
診療又は 手当の内容	レントゲン検査をし、コルセットを装着、経過を見る。		入院期間	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自平・令 31年 4月 20日	4日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 14,700 円也	
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨					
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					
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 健保 花子	生年月日 大昭 平令 1年 12月 31日	被保険者 との続柄	妻	
振込希望の銀行	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。				
上記のとおり申請します。 令和 1年 5月 9日					
健康保険組合理事長 殿		被保険者の 住所 〒105-8688 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇		氏名 健保 太郎	

(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」を添付して下さい。

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 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	

立替払申請時の記入例

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	000 第 000000 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 所在地	株式会社〇〇〇 〒105-8688 東京都港区虎ノ門△-△-△	電話 局 番	
傷病名	インフルエンザ		発病又は負傷の年月日	平 令 1 年 5 月 8 日		
発病又は負傷の原因	旅行先で発熱					
傷病の経過	良好					
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 〇〇診療所	氏名 〇〇 ××	所在地及び電話番号	〒198-0212 東京都西多摩郡奥多摩町×-×-×		
診療又は手当の内容	診察、投薬		入院期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		
			コルセット装着日	平・令 年 月 日		
診療又は手当を受けた期間	自 平・令 年 月 日 至 平 令 1 年 5 月 8 日	1日間	診療又は手当に要した費用の額	金	13,500	円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨						
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	保険証を携帯していなかったため					
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	健保 一郎	生年月日	大昭 平令 23 年 10 月 2 日	被保険者との続柄	長男
振込希望の銀行	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。					
上記のとおり申請します。 令和 1 年 5 月 9 日						
健康保険組合理事長 殿			住所	〒105-8688 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇		
			氏名	健保 太郎 (印)		

(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」を添付して下さい。

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・下船後 3月以内・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 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 千 住所 医師 氏名 印				

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 1 年 5 月 9 日請求した 被保険者 被扶養者 療養費のうち 金 _____ 円也の受領に関すること。 令和 1 年 5 月 9 日			
		被保険者の 住所〒105-8868 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇 氏名 健保 太郎 印	代理人の 住所〒105-8868 東京都港区虎ノ門△-△-△ 氏名 株式会社〇〇〇 三井 次郎 印	
振込希望の銀行	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。			

領収書	金 _____ 円也但し <div style="border: 2px solid #4a7ebb; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 領収書は記入不要です。 </div> _____ 長 殿 _____ 氏名 印			
-----	--	--	--	--

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
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）明細書を作成して下さい。
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」を交付して下さい。
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。