

※この欄は記入しないで下さい

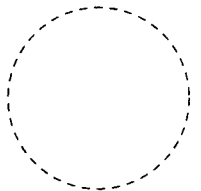
支給決定 備考	常務理事	事務長	会計係	給付係	計算年月	記号	番号	本人(1) 家族(2)		
					年 月					
	資格照合				標準報酬	療養費	日数	支給決定額		
	年 月 日取得				千円	3-1-		円		
	年 月 日喪失									
	備考					支給期間	年 月 日 日間			
					支給決定年月日					

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

◎裏面を診療又は手当を受けた医師に記入してもらい提出して下さい

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者の氏名と印		④	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生			
	事業所名				被保険者の住所				
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成 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師 歯科医師等住所氏名								
	診療又は手当の内容								
	コルセット等装具 装着年 月 日	平成	年	月	日	装着			
	診療又は手当の期間	平成	年	月	日から	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
	平成	年	月	日まで					
	保険診療を受けることが出来なかった理由								
傷病が第三者の行為によるものであるときはその事実、及び第三者の住所氏名									
申請が被扶養者に関するものであるときはその氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日			

受付



払渡希望金融機関名
銀行 支店
口座番号
フリガナ 名義人

委任状
本支給金額の受領を 住所 氏名
④ に委任します
平成 年 月 日
被保険者の 氏名及び印
④

◎ 払渡希望金融機関名は必ず記入してください。
給付金の受領を委任される場合は、委任状欄に委任者と受任者の夫々の印を押してください。

領 収 書

点数表 甲、乙 ㄨ

患者氏名				傷病名			
診療開始年月日		① 年 月 日		診療時間		年 月 日から	診療実日数 日
		② 年 月 日				年 月 日まで	
		③ 年 月 日					
内				訳			
診療の内容		薬名、用量、フィルムの大きさ等を明細に記入のこと。		単価	金額		
初診	時間外・深夜・休日加算						
再診	再診・内科再診 時間外 深夜 休日加算	回 回 回 回					
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪	回 回					
投薬	内服 { 一剤 二剤 } 屯服用 外用	日 分 日 分 回 回					
注射	皮下筋肉内 静脈内	回 回 回 回					
検査	薬 剤	回 回 回					
レントン	透 視 造 影 剤	回 回 回					
処手 置 及 び 術	材 料 麻 酔 薬 剤	回 回 回 回 回					
その他							
入院料	給食の	平成 年 月 日から					
	有 無	平成 年 月 日まで	日間				
合 計							

上記のとおり領収致しました
平成 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名・印

