

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	年	月	日	日間
	至	年	月	日	

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
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 療養費支給申請書
被扶養者

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	12 第3456号	被保険者が勤務する （していた）事業所	名称 (株)テクノポート蒲田	所在地	〒144-8551 大田区南蒲田1-1	電話番号	437 局 1246 番
傷病名	顔面及び右下腿挫創		発病又は負傷の年	18年8月17日			
発病又は負傷の原因	自転車で買い物に行く途中、転倒負傷						
傷病の経過	処置後、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 山田診療所	所在地及び電話番号 158-0098 世田谷区上用賀3-1	氏名 山田 誠				
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 18年8月17日 至 年 月 日	1日間	診察又は手当に要した費用	金 3450 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、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨	緊急に診療を受ける必要があったので、保険証を持たず近所の医師にかかった。						
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	開大昭平	年 月 日	被保険者との続柄		
上記のとおり申請します。なお、この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。							
18年8月26日							
被保険者の住所 〒158-0093 世田谷区上野毛6-5-1 氏名 佐藤 隆							
健康保険組合理事長 殿							

（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	佐藤 隆		職業上の事由	職務上 3月以内	下船後 ・通勤災害	傷病名	顔面及び右下腿挫創	
初診	時間 外日夜	270	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他	回数	回	
再診	再時間 外日夜	回 回 回		検査	薬剤	回数	回 回 回	
往診	普 夜	通 間	回 回 回	レゲ ント		回数	回 回 回	
指導				処 置 及 び 手 術	薬剤	回数	1 回 75 回 回 回	
投 薬	内 屯 外 調 剤	服 用 劑 基	単 位 単 位 回			回数	回	
入 院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）	日間（ 日～ 日）	日間（ 日～ 日）	その他 合計	回 345		
上記のとおり領収（診療）いたしました。							158-0098 18年8月17日	
住所 〒世田谷区上用賀3-1 山田診療所 氏名 山田 誠							山田 誠 印	

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	年 月 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事。				
	年 月 日					
		被保険者の住所 氏名	〒			
		代理人の住所 氏名	〒			
		印				
		印				

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					
	印					

（注意事項）
3. 2. 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、「診断明細書」として下さい。
2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 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、「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、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。