

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	<input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族療養費	円
				<input type="checkbox"/> 一部負担還元金 <input type="checkbox"/> 家族療養付加金	円
資格取得	昭・平・令 年 月 日		支給	平・令 年 月 日	日間
資格喪失	令 年 月 日		期間	平・令 年 月 日	
計算式					

上記は記入しないでください。

被保険者

## 療養費支給申請書

被扶養者

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 <b>1010</b>	請求者の 氏名と印 <b>健保 太郎</b>	印
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。		
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○○県○○市○○町 1-2-3		
	会社名および所属	日本無線株式会社		○○部 ○○課
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄
	傷 病 名	<b>アキレス腱断裂</b>		発病または負傷日 平(令) X 年 X 月 X 日
	発病負傷の原因	<b>テニスの試合中</b>		
	傷 病 の 経 過	<b>良好・通院加療中</b>		
	診療を受けた 医療機関、医 師名および住所	医師機関名 医 師 名 住 所	○○整形外科 <b>医師 太郎</b> ○○県○○市○○町 5-5-5	
	診 療 の 内 容	<b>装具装着</b>		
	診 療 を 受 け た 期 間	自 平・令 X 年 X 月 X 日 至 平・令 年 月 日	1日間	診療に要した 費用の額 <b>12,300 円</b>
	療養の給付を 受けることが できなかった理 由	①治療用装具装着の為。 ②および③の場合は理由を書いてください。 ②保険証を持参しなかった為。 ③その他(具体的に)		
	第三者行為によ るものですか	いいえ はい (別紙届出必要)		

(添付書類についての注意)

次の1から3の場合には、下記の領収(診療)明細書(本頁)の添付は必要ありません。

1. 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る医師の証明書」および「実費についての領収証書」を添付してください。

※治療用装具の申請の場合は、作成した装具の写真も添付してください(治療用眼鏡の場合は除く)。

2. 歯科診療に関する申請のときは、歯科医療機関が交付する領収(診療)明細書を添付してください。
3. 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医師の証明書」を添付してください。

備考

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「診療明細書」としてください。

## 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書

患者名				傷病名			
初 診	時間外・休日	回	円	注 射	皮下・筋肉内	回	円
	深夜				静脈内	回	
再 診	再診	回			その他	回	
	時間外	回		処 置		回	
	休日・深夜	回			薬剤	回	
往 診	普通・難路	回		手 術 ・ 麻 酔		回	
	夜間・暴風雨雪	回			薬剤	回	
	同一家屋	回			回		
指 導 管 理				検 査		回	
投 薬	内服 薬剤	単位			画 像 診 断		回
	調剤 ×	回					
	頓服 薬剤	単位		そ の 他	処方せん	回	
	調剤 ×	回			薬剤	回	
	外用 薬剤	単位		合 計			
	調剤 ×	回					
	処方	×	回				
	麻・覚・毒	回					
入 院	入院料 (室料・看護料・給食料)						
	食有	×	日間				
	食無	×	日間				
	特食	×	日間				
	入院時医学管理料						
		×	日間				
		×	日間				
		×	日間				
	その他						

うえのとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日  
住所

医師  
氏名

医師の証明

印