

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	昭和・平成 年 月 日		支給期間	平成 年 月 日	日間
資格喪失	平成 年 月 日			平成 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

平成 **XX** 年 **10** 月 **10** 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 1010	請求者の 氏名と印 宮崎 秀行	印
		番号 21555		
	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	〒 2 3 5 - 0 0 4 5 横浜市磯子区洋光台 1-1-1		
	会社名および所属	日本無線株式会社		総務 部 総務グループ 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	アキレス腱断裂		発病または負傷日 平成 XX 年 10 月 5 日
	発病負傷の原因	テニスの試合中		
	傷 病 の 経 過	良好・通院加療中		
	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	磯子整形外科 佐藤 一夫 横浜市磯子区洋東台 5-5-5	
	診 療 の 内 容	装具装着		
	診 療 を 受 け た 期 間	自 平成 XX 年 10 月 5 日 至 平成 年 月 日	日間	診療に要した 費用の額 12,300 円
療養の給付を 受けることがで きなかつた理由	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つた為。 [] 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）			

領収（診療）明細書

患者名				傷病名	
初診	時間外・休日 深夜	回	円	注 射	皮下・筋肉内 回 円 静脈内 回 その他 回
再診	再診 時間外 休日・深夜	回 回 回		処 置	回 回
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	回 回 回		手術・ 麻酔	回 回 回
指導 管理				検査	
投 薬	内服 薬剤	単位		画像 診断	回
	調剤 ×	回			
入 院	頓服 薬剤	単位		そ の 他	処方せん 回 薬剤 回
	調剤 ×	回			
	外用 薬剤	単位			
	調剤 ×	回			
院	処方	回		合 計	
	麻・覚・毒	回			
	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。

平成 年 月 日

住所

医師

氏名

医師の証明

印

（添付書類についての注意）

次の場合にはうえの領収明細書は必要ありません。

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られる医療担当者の証明書」および「実費についての領収証書」をつけてください。
2. 歯科診療に関する申請のときは別の領収書をつけてください。
3. 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけてください。

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。