

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
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
被扶養者

療養費支給申請書

(第 〇 回目)

被保険者証の 記号・番号	〇〇〇 第 〇 〇 〇 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 〇〇株式会社 電話 〇〇〇 局 〇〇〇 番	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1
傷病名	急性胃炎		発病又は負傷の年月日	〇〇年〇〇 月 〇〇 日	
発病又は負傷の原因	不明				
傷病の経過	夜中に帰省先で痛み出した。				
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 〇〇診療所	氏名 〇〇〇〇	所在地及び電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区 〇〇1-1-1	
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 投薬 コルセット装着日 年 月 日				
診療又は手当を受けた期間	自 〇〇 年 〇〇月〇〇日 至 〇〇 年 〇〇月〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に要した費用の額	金 〇〇,〇〇〇 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					
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	帰省の最中だったため、保険証をもっていない状態でやむを得なく受診をしたため				
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	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
※公金口座を利用する場合は記入しないでください					
振込希望の銀行	〇〇銀行 〇〇 支店 (普通 当座 〇〇〇〇)		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前した公金受取口座を利用します。		
上記のとおり申請します。 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
志村化工健康保険組合理事長 殿		被保険者の 氏名		〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 東京都〇〇区〇〇7-7-7 健保 太郎	
				健保 太郎 印	

(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。

領収（診療）明細書

(月 日から 月 日までの分)

1/2

Table with columns: 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, 再診, 往診, 指導, 投薬, 入院. Includes a large blue box labeled '医師記入欄' (Physician Entry Area) covering the central part of the table.

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

〒

住所
医師 氏名

印

委任状 (Power of Attorney) section with fields for 被保険者 (Insured), 被扶養者 (Beneficiary), 代理人 (Agent), and their respective addresses and seals.

振込希望の銀行

銀行

支店

(普通 当座)

領収書 (Receipt) section with fields for 金額 (Amount), 年 月 日 (Date), 受領者 (Receiver), and 志村化工健康保険組合理事長 (Chairman of Shimamura Chemical Health Insurance Association).

(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。
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。