

記入例

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(あはき用)

(第 1 回目)

(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。

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	9 9 9 9	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名 称	シナネンホールディング株式会社 電話 99 (999局) 9999番				
	第 9 9 9 9 号		所在地	〒105-8525 港区海岸 1-4-22				
傷 病 名	五十肩			発病又は負 傷の年月日	平成19年 4 月 1 日			
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	原因不明							
傷 病 の 経 過	継続加療							
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	〇〇針灸院		所在地 及び電 話 番 号	〒000-0000 神奈川県横浜市◇◇町×-×-× 045-999-9999			
	氏 名	〇〇 〇〇						
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 平成 19 年 4 月 1 日 至 平成 19 年 4 月 30 日		30日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 8,500 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、その他厚生大 臣が定める療養を 含むときはその旨	期間中に支払った領収書 の金額							
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	シナネン健康保険組合が償還払いと定めた為							
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	品川 花子		生 年 月 日	明 昭 大 平	30年 7 月 1 日	被保険者 との続柄	妻
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店		(普通 当座)			郵便局	
上記のとおり申請します。 平成 19 年 5 月 1 日 住 所 〒〇〇〇-△△△△ 神奈川県横浜市〇-〇-〇 被保険者の 氏 名 品川 二郎 シナネン健康保険組合理事長 殿								

記入例

領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

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	時間外 休日 深夜	円	注射 皮下筋肉内・静脈内 その他
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査 薬剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン
指導			
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	処置及び手術 薬剤
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
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 医師 住所 〒 氏名			

（注意事項）

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、「診療明細書」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。

委任状	私は 事業主担当責任者の氏名 を代理人と定め、次の権限を委任する。
	19 年 5 月 1 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者
	金 円也の受領に関する事。
	年 月 日
	被保険者の 住所 〒〇〇〇-△△△△ 神奈川県横浜市〇-〇-〇
	氏名 品川 二郎
	代理人の 住所 〒999-9999 港区海岸1-4-22
	氏名 事業主担当責任者の氏名
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店（普通第 号）・ 郵便局

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
	シナネン健康保険組合理事長 殿
	受領者 住所 〒
	氏名