

記入例

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書		
伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日			
支給額	円			
支給期間	自 年 月 日	資格取得	年 月 日	
	至 年 月 日	資格喪失	年 月 日	
	日間	支払年月日	年 月 日	

被保険者療養費支給申請書

(第 1 回目)

(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。

被保険者証の記号・番号	9999	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称	シナネン株式会社 電話 03(999局)9999番	
	第9999号		所在地	〒105-8525 港区海岸1-4-22	
傷病名	右アキレス腱断裂		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	階段から落ちた為				
傷病の経過	コルセット使用後良好				
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	〇〇医院	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	右足コルセットの装着が必要		入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日
			コルセット装着日	19年 4月 8日	
診療又は手当を受けた期間	自 平成 19年 4月 1日	20日間	診療又は手当に要した費用の額	金 35,000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	健康保険適用外の領収書の金額				
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	補装具製作所が保険契約なき為				
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) 30年 7月 1日 大平	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			処置及び手術
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	薬剤
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）	
	3月以上	日間（ 日～ 日）	合計
給食の有無			
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 <b>事業主担当責任者の氏名</b> を代理人と定め、次の権限を委任する。
	<b>19</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日請求した <b>被保険者</b> 療養費のうち <b>被扶養者</b>
	金 円也の受領に関すること。
	年 月 日
	被保険者の 住所 〒 <b>0000-△△△△</b> <b>神奈川県横浜市0-0-0</b>
	氏名 <b>品川 二郎</b>
	代理人の 住所 〒 <b>999-9999</b> <b>港区海岸1-4-22</b>
	氏名 <b>事業主担当責任者の氏名</b>
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