

# 領収（診療）明細書

( 月 日から 月 日までの分)

患者名	職業上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名
初診	時間 外日夜	円	注射 皮下筋肉内・静脈内 その他
再診	再時間 外日夜	回数 回数	検査 薬剤
往診	普通 深夜・暴風雪雨・難路	回数 回数	レントゲン 薬剤
指導			処置及び手術 薬剤
投薬	内屯外調 服用剤 単単単 位位位 回回回		薬剤
入院	1月未満 1月～3月未満 3日以上 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 住所 〒 医師 氏名 (印)			

（注意事項）  
 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、「診断明細書」として下さい。  
 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。  
 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  
 交付してください。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 年 月 日請求した 被保険者 被扶養者 療養費のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 (印) 代理人の 住所 〒 氏名 (印)
-----	--

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 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名 (印)
-----	---

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給期間	自 年 月 日 日間
	至 年 月 日

## 療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する （していた）事業所	名称 所在地 〒	電話 局番
傷病名		発病又は 負傷の年	年 月 日	
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
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 氏名	所在地 及び電話番号		
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 年 月 日 日間	診察又は手当 に要した費用	金	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 を受けることができ なかつた理由				
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 開大昭平	年 月 日	被保険者 との続柄
上記のとおり申請します。なお、この書面に記載する個人情報健康組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 (印) 健康保険組合理事長 殿				

（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。