

支給 決議	同年月日	取得年月日	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額	喪失年月日					
	請求		査定		公費負担		
	診療内容		有・無	コード			
合計							備考
一部負担	入外						

事業所コード	事業所名
01	本社

~~被保険者~~
家族 療養費支給申請書

事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ	男・女	生年月日	昭平	〇〇 〇〇 〇〇	
	16 01	123456	氏名	健康 太郎					
	現住所	〒 000-0000 東京都〇〇区×× 1-2-3			TEL	00-0000-0000			
	適用事業所	山崎製パン株式会社			取得年月日	平成 令和 〇〇・〇〇・〇〇			
	医療機関名	〇〇病院			喪失年月日	令和 . . .			
	所在地	〇×区△△ 1-4-2			発病又は負傷の年月日	平成 令和 〇〇・〇〇・〇〇			
	療養を受けた期間	令和 〇〇・〇〇・〇〇 ~ . . .	1 日間	入院した期間	令和 . . . ~ . . .	日間	療養に要した費用 22,700 円		
	傷病名	左足関節骨折							
	発病又は負傷の原因	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前・午後 〇〇時 〇〇分頃 負傷・発病			第三者による負傷ですか?	はい・いいえ			
		どこで 自宅の階段			業務上による負傷ですか?	はい・いいえ			
	何をしていた 降りる途中			通勤途上の負傷ですか?	はい・いいえ				
	どのようにして負傷(発病)したか 転落								
	受診した内容 [装具の場合は装着した日]	下肢装具装着 (コルセット等の装具を装着した日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)							
	保険診療を受けることができなかった理由	製作所保険契約なき為							
	フリガナ	ケンコウ ハナコ	男・女	生年月日	昭平	コード	2 2	被扶養者認定月日	平成 令和 〇〇・〇〇・〇〇
	療養が被扶養者に関するときはその者の氏名	健康 花子				続柄	妻		
	添付書類名	医師証明、領収証、装具作製確認書、作製した装具の写真、装着時の写真							

委任状	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日に請求した療養費の受領を委任いたします。	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	委任受領者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1		
	本人住所 東京都〇〇区×× 1-2-3	健康 太郎	事業所名	山崎製パン株式会社			
			事業所長名	事業 太郎			

※喪失(退職)後の支払方法	令和 年 月 日提出		支払	決議	受付
	振込	銀行 支店			
	ア. 事業所を通して支払い	普/当 No.			
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	先	名義人(カタカナ)			

領 収（診療）明 細 書

患 者 名		昭・平・令 年 月生	傷 病 名		
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日までの分			診療実日数	日	
初 診 料	時間外・休日・深夜	回	手 術 料	円	
再 診 料	再 診	回	麻 酔 料	円	
	外来管理加算	回	検 査 料		
	時 間 外	回			
	休 日	回			
深 夜	回				
指 導 料		回			
在 宅	往 診	回	薬 剤	回	
投 薬 料	内 服	回	画 像	回	
	頓 服	回	透 視	回	
	外 用	回	診 断	造影剤	回
	調 剤	回	そ の 他		
	処 方	回			
注 射 料	皮下筋肉内	回	入 院 料	入院年月日	年 月 日
	静脈内	回		食 有	日間
	そ の 他	回		食 無	日間
処 置 料		回		その他（ ）	日間
	薬 剤	回		入院時医学管理料	日間
			合 計	円	

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

所 在 地
名 称
電 話
医師の氏名

医療機関

㊞

【記入上の注意】

- ① 診療報酬明細書（レセプト）を添付する場合は、上の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
- ② コルセット等の治療装具、あんま・マッサージ師の施術、はり・きゅう師の施術および生血に関する申請の場合は「医師の意見（同意）書」と領収書を添付して下さい。
- ③ 傷病の原因が第三者行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。