

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	<b>被保険者 家族</b>	<b>療養費支給申請書</b>	事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	男・女	生年月日	昭平		
	16		氏名					
	現住所	〒			TEL			
	適用事業所				取得年月日	平成 令和		
	医療機関名				喪失年月日	令和		
	所在地				発病又は負傷の年月日	平成 令和		
	療養を受けた期間	令和	～	日間	入院した期間	令和	～	日間
	傷病名							
	発病又は負傷の原因	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 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				業務上による負傷ですか?	はい・いいえ	
	何をしています				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							
	受診した内容 〔装具の場合は装着した日〕 (コルセット等の装具を装着した日 令和 年 月 日)							
	保険診療を受けることができなかった理由							
	フリガナ	男・女	生年月日	昭平令	コード	続柄	被扶養者認定月日	
	療養が被扶養者に関するときはその者の氏名						平成 令和	
	添付書類名							

委任状	令和 年 月 日に請求した療養費の受領を委任いたします。	令和 年 月 日	委任受領者	所在地 事業所 名称 事業所長名
	本人住所 氏名			

※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			
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					
麻 毒	回						
調 基	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。