

療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回)

No.1

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	事業所の名称					
	申請が被扶養者 に関する時はその 者の氏名				被扶養者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄		
	傷 病 名				発病又は負 傷の 年 月 日	令和 年 月 日			
	発病又は 負傷の原因								
	傷病の経過								
	診察を受けた 病 院	名 称				所在地			
	診察に従事し た 医 師	氏 名				住 所			
	診療の内容								
	事 業 主 証 明 欄	診療の期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	診療に要した 費用				円
診療の給付を受けること ができなかった理由									
第三者の行為に よって負傷した ものであるか否 か		ある ・ ない	第三者の行為によ って負傷したときは	その事実の届出の有無	ある ・ ない				
				第三者の 氏名と住所					
受 付 印	保土谷化学健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名								
	事業主証明欄 確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所 名 称 所在地 代表者 氏 名 電 話								
備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)								
受 付 印		処 理 欄		理事長	常務理事	事務長	係		

領収(診療)明細書					
病 名					
種 目		日数・回数	単 価	金 額	備 考
初 診 料					
再 診 料					
往 診 料					距離 Km以下
投 薬 料	内服薬	一剤投与 日			
		二剤投与 日			
	頓服薬	回			
	外用薬	日			
注 射 料	皮下筋肉内	管			
	静 脈 内	管			
	点 滴				
手 術 料		回			手術名
処 置 料		回			
X 線 診 断 料	透 視				
	撮 影				
	その他				
そ の 他					
入 院 料		自 月 日			
		至 月 日			
		日間			
合 計		円 (領収金額)			
<p>※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。</p> <p>上記のとおり領収(診療)いたしました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>医師の</p> <p>氏 名</p>					
被 保 険 者 が 他 に 給 付 金 の 受 領 を 委 任 す る 場 合					
<p>上記の請求に対する金員の受領を に委任いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者の氏名</p>					
領 収 書					
<p>上記の請求に対する給付金として 金 円也を領収いたしました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>受領者の</p> <p>氏名</p>					