記入上の注意
・③、⑮、⑯欄は該当する文字をマルで囲んでください。
・医師または歯科医師に診療を受けた場合、その診療に要した費用の領収書及び診療費の明細書を添付した場合は「領収（診療）明細書」の証明は不要です。

支給決議書 ※この欄は記入しないでください															
	伺年月日	年　月　日									常務理事	事務長	課　長	担　当	
	支給金額	合計		百	十	万	千	百	十	円					
		法定給付	円								標準報酬月額	円	標準日額	円	
		付加給付	円								取得	年　月　日	喪失	年　月　日	
	支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日									始期	年　月　日	満期	年　月　日	
											前回	年　月　日　から		年　月　日	
	自己負担割合	3割　・　2割	法第108条控除金額	自　年　月　日 至　年　月　日　日間　円											
	備　考														

被保険者
家　族

療養費支給申請書

被保険者が記入するところ						
	①被保険者の記号番号		②被保険者（請求者）の氏名		③生年月日	
					昭平令	年　月　日
	④被保険者（請求者）の住所	〒　-　電話　（　）				
	⑤傷病名		⑥発病又は負傷年月日	令和　年　月　日		
	⑦発病または負傷の原因および経過					
	⑧診療を受けた病院または診療所	名称		診療をした医師の氏名		
		所在地	電話　（　）			
	⑨診療または手当の内容	入院期間　自　年　月　日～至　年　月　日				
	⑩診療の期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日　日間		⑪診療に要した費用	円	
	⑫装具等の装着について指示を受けた日	令和　年　月　日		⑬装着に要した費用の額	円	
	⑭保険証を提示した受診することができなかった理由					
	⑮被扶養者に関する申請	氏名		昭平令　年　月　日	被保険者との続き柄	
	⑯疾病または負傷が第三者の行為によるものであるとき	第三者行為の届出の有無	有　・　無	加害者の氏名		
				加害者の住所		

委任状	
	⑰本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。 被保険者氏名（請求者）　印 委任された方の　住所 氏名　印

被保険者のマイナンバー記載欄
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

令和　年　月　日　提出

受付日付印

支払印

神奈川県自動車販売健康保険組合

領収（診療）明細書

患者名		生年月日	年　月　日	傷病名	

入院外			
初　診	時間外・休日・深夜	回	点
再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
医学管理			
在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
	薬剤		
投薬	内服 薬剤		単位
	内服 調剤	×	回
	頓服 薬剤		単位
	外用 薬剤		単位
	外用 調剤	×	回
	処方	×	回
	麻毒		回
	基調		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		
手術 麻酔			回
	薬剤		
検査 病理			回
			回
	薬剤		
診断 画像			回
			回
	薬剤		
その他	処方箋		
	薬剤		
合計			円

入院			
初　診	時間外・休日・深夜	回	点
医学管理			
在　宅			
投薬	内服		単位
	頓服		単位
	外用		単位
	調剤		日
	麻毒		日
	調基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		
手術 麻酔			回
	薬剤		
検査 病理			回
	薬剤		
診断 画像			回
	薬剤		
その他	薬剤		
入院	入院年月日	年　月　日	
	病　診	入院基本料・加算	点
		×　日間	
		×　日間	
		×　日間	
		特定入院料・その他	
食事	基準	円×	回
	特別	円×	回
	食堂	円×	回
	環境	円×	回
生活	基準	円×	回
	特別	円×	回
合計			円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　年　月　日

医療機関所在地
医療機関の名称
医師の氏名

添付書類
・歯科診療に関する申請のときは、別の歯科用の領収（診療）明細書を添付してください。
・輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収証書」を添付してください。
・コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および実費についての領収証書（明細）」を添付してください。なお、靴型装具の申請のときは、写真の添付が必要です。