受付年月日	年　月　日
伺い　年月日	年　月　日
決裁　年月日	年　月　日
支給額	円
支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	担当

資格取得	S・H・R　年　月　日
資格喪失	年　月　日
支払年月日	年　月　日

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

（第　回目）

被保険者の記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 所在地
	傷病名		発病又は負傷の年月日	年　月　日
	発病又は負傷の原因			
	傷病の経過			
	診療又は手当てを受けた医療機関の名称・所在地・医師の氏名	名称 氏名	所在地及び電話番号	〒
	診療又は手当ての内容	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
	診療又は手当てを受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間	診療又は手当てに要した費用の金額	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若しくは家族療養費の支給を受ける事が出来なかった理由			
	第三者の行為による負傷のとき	事実内容	届け出 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	昭 令 平　年　月　日
	振込み希望の金融機関	銀行・金庫　組合	本店 支店　普 当　口座番号	口座名義　被保険者　フリガナ

被保険者

上記の通り申請します。　年　月　日

京葉ガス健康保険組合理事長　殿

被保険者の　住所

氏名

注）・医療機関、購入業者等へ支払った領収書（原本）を必ず添付してください
・輸血及びコルセット等、治療用装具購入・はり、灸、ﾏｯｻｰｼﾞは夫々医師の（必要）証明・同意を記載した書類を添付

領収(診療)明細書

（　月　日から　月　日迄の分）

患者名		明 大 昭 平　年　月　日生	傷病名
診察料	初診　時間外・深夜・休日 再診　・時間内 ・時間外 ・深夜 ・休日 往診　・普通　Km ・夜間・難路　Km ・深夜 ・暴風雨雪 ・同一家屋	回 回 回 回 回 回 回 回 回	円
指導料		回	円
投薬量	内服 屯服 外用 調剤	回 回 回 回 回	円
注射料	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回	円
検査 レントゲン料	透視 造影剤	回 回 回	円
処置 手術料	材料 麻酔 薬剤	回 回 回 回	円
入院料	（自）　月　日（至）　月　日　日間 給食　日間 無食　日間 その他(　)　日間 入院年月日　平成　年　月　日		円
その他			円

診療実日数	転帰		
日	治ゆ	死亡	中止

合計　円

上記のとおり領収（診療）いたしました。　住所

年　月　日　医師　名称

氏名

注）・上記明細書に替えて同様の明細書を作成し交付して頂いても結構です
・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「診療明細書」としてください。
・歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
・輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療の為必要と認める旨の証明書」を交付してください
この場合、上の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
・はり、灸、ﾏｯｻｰｼﾞのときは上記明細書に替えて施術内容を記載した申請書等を交付してください

委任状	本請求に基ずく給付金に関する権限を代理人に委任します。　年　月　日 被保険者の　住所　氏名　　代理人の　住所　氏名
振り込み希望の金融機関名	銀行・金庫　組合　本店 支店　普通 当座　口座番号　口座名義　フリガナ

領収書	金　円を領収いたしました。　年　月　日 京葉ガス健康保険組合理事長　殿　受領者　住所　氏名

A3ヨコ