

【添付書類】

- ・領収書（原本）
- ・医師の証明書（装具装着指示書など）（原本）
- ・装具現物の全体の写真（前・横）
- ・装具装着時の写真（前・横）

同 年 日 日	年 月 日	常務理	資 格 取 得	年 月 日
注 記 入 例	年 月 日		資 格 喪 失	年 月 日
支 給 額			支 払 年 月 日	年 月 日
支 給 期 間	自 年 月 日			
	至 年 月 日			
				日間

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

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	(株)ナイガイ 〒107-0052 東京都港区赤坂7-8-5	
被 保 険 者 氏 名	ナイガイ 太郎		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	○年 ○月 ○日	
傷 病 名	右足骨折				
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	旅行中、ホテルの部屋で転倒したため				
傷 病 の 経 過	良好				
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 (名 称 ・ 所 在 地 ・ 医 師 の 氏 名)	名 称 氏 名	○○病院 *指示をした医療機関名 ○○ ○○○	所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○1-1-1	
診 療 又 は 手 当 の 内 容	レントゲンの後、固定		入 院 期 間 コルセット装着日	自 至	年 月 日 年 月 日 年 月 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 至	○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○日間	診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用 の 額	金 ○、○○○ 円也
療 養 の 給 付 又 は 特 定 療 養 費 も し く は 家 族 療 養 費 の 支 給 を 受 け る こ と の で き な か っ た 理 由	治療用装具の作成のためなど				
第 三 者 の 行 為 に よ る 負 傷 で あ る と き	その事実と届出の有無		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	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
振 込 希 望 の 銀 行	○	銀 行 支 店	1.普通 口座番号 () 2.当座 口座名義 ()		

(注意事項)

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、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

家族の申請の場合
はご記入ください

受付日付印

領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名	職務上の事由	職務上・通勤災害	傷病名		
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下注射・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲ ン ト		回 回 回
指導			処置 及び 手術	薬剤	回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回			
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他		回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）			
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）	合計		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

〒

住所
医師 氏名

委任状	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者の 住所 〒○○○-○○○ 東京都○○区○○2-2-2 氏名 ナイガイ 太郎</p> <p style="text-align: right;">代理人の 住所 〒 氏名</p>
振込希望の銀行	<p style="text-align: center;">銀行 支店</p> <p>1.普通 口座番号 () 2.当座 口座名義 ()</p>

(注意事項)

1. 領収書を添付してください。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成してください。
3. 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。
この場合、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
4. お支払いは事業主経由で行いません。同意されない方がいらっしゃいましたら、当健保までお申出ください。（任継除く）