

受 付 印

処 理 印

常務理事	事務長	係	係

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦 令和元 年 7 月 1 日

被保険者証の 記号・番号	200 - 1234567	被保険者氏名	健 保 太 郎 (健保) 印			
被 保 険 者 の 住 所 等	〒123-0841 東京都足立区西新井1-1-1 自宅等電話番号 03-5309-0000 押印をお忘れなく					
療養が被扶養者 に関するとき	氏名 健保 正一	生年 月日	和暦 H16年 10月 10日	被保険者 との続柄	長男	
傷 病 名	右膝前十字靭帯損傷		発病又は負傷 の年月日	R元年 5月 1日		
発病又は負傷の 原因(詳細に)	バドミントン練習中にジャンプして着地した際に、膝を強打した。					
傷 病 の 経 過	激痛の為、すぐに病院にて治療を受ける					
診療等受けた 医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称	東京借成病院	所 在 地 及 び	〒120-0034 東京都足立区千住1-2-3		
	氏名		電 話 番 号			
診療等の内容	装具を装着しつつ、リハビリを続ける。		入院期間	自	年 月 日	
				至	年 月 日	
診療等を受 けた期間	和暦 R元年 5月 3日	34日間	診療等に要した 費用の額	66000 円		
	和暦 R元年 6月 5日					
療養の給付等を受 けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続中のため <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示により治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他 ()					
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	な し		加害者の氏名		
				加害者の住所	〒	
振 込 先 の 指 定	<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込	→ (A)の被保険者欄に記入をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> 代理人振込	→ (A)と(B)に記入をお願いします。				
	(A)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		和 暦	R元年 7月 1日	
	委 任 状	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎 (健保) 印	押印をお忘れなく		
		住 所	給与振込の場合には事業主に、代理人振込の場合は代理人に 必ず記載してもらってください。			
	代 理 人 氏 名	連絡先				
<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座	→ (B)に記入をお願いします。					
(B) 振 込 口 座	金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)	支 店 名	預金種別	口 座 番 号		
			普 通			
	(フリガナ)					
	口 座 名 義					

令和元年5月作成

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・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外	円	注射	皮下筋肉内・静脈内	回
	休日			その他	回
	深夜				
再診	再診	回	検査		回
	時間外	回			回
	休日	回			回
	深夜	回		薬剤	回
往診	普通	回	レントゲン		回
	夜間	回			回
	深夜・暴風雨雪・難路	回			回
指導			処置及び手術		回
投薬	内服	単位			回
	頓服	単位			回
	外用	単位			回
	調剤	単位		薬剤	回
	調基	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	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 印					

（注意事項）

1. 領収証を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うえの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 輸血及びコルセット等治療用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」（医師の同意書）を添付して下さい。