

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 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者氏名	印
被 保 険 者 の 住 所 等	〒 自宅等電話番号		
療養が被扶養者 に関するとき	氏名	生年 月 日	和暦 年 月 日 被保険者 との続柄
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（詳細に）			
傷 病 の 経 過			
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 氏名	所 在 地 及 び 電 話 番 号	〒
診療等の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日		
診療等を受 けた期間	和暦 年 月 日 和暦 年 月 日	日間	診療等に要した 費用の額 円
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 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	加害者の氏名 加害者の住所	〒
振 込 先 の 指 定	<input 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 年 月 日 委 被 保 険 者 氏 名 : ㊟ 任 住 所 : 状 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)	金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支 店 名

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）	他 の		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。