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

被保険者等記号・番号	－　　被保険者氏名				
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		所在地及び電話番号	〒 －　－	
	氏名				
診療等の内容	入院期間　自 和暦　年　月　日 至 和暦　年　月　日 コルセット装着日　和暦　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	☐ 医療費を立て替え払いしたため　☐ 医師の指示により治療用装具を作成したため ☐ 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	☐ 三者の行為による負傷である 届出　☐ 有　☐ 無	加害者の氏名		
			加害者の住所	〒	

振込先の指定

☐ 給与振込　→ (A)の被保険者欄に記入をお願いします。

☐ 代理人振込　→ (A)と(B)に記入をお願いします。

(A) 委任状

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

被保険者　氏名：

代理人　住所：

氏名：　連絡先

☐ 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6年12月作成

領収（診療）明細書

和暦
（　　年　　月　　日から　　年　　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 □ 休　日　　円 □ 深　夜	注射	□ 皮下筋肉内　　回 □ 静脈内　　回 □ その他　　回
再診	□ 再　診　　回 □ 時間外　　回 □ 休　日　　回 □ 深　夜　　回	検査	回 回 回 薬　剤　　回
往診	□ 普　通　　回 □ 夜　間　　回 □ 深夜・暴風雨雪・難路　　回	レントゲン	回 回 回
指導		処置及び手術	回
投薬	□ 内　服　　単位 □ 頓　服　　単位 □ 外　用　　単位 □ 調　剤　　単位 □ 調　基　　回		回 回 回 回 薬　剤　　回
入院	□ 1 月未満　　日間（　　日～　　日） □ 1 月～3 月未満　　日間（　　日～　　日） □ 3 月以上　　日間（　　日～　　日） □ 給食の有無	その他	回
		合計	

上記のとおり領収（診療）いたしました。

和暦　　年　　月　　日

〒

住所

医師

氏名

（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。