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	〒 - -	
診療等の内容	入院期間		自和暦 至和暦	年 月 日	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	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	☐ 保険証交付手続中のため ☐ 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) 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				
	委任状 被保険者 氏名： 住所： 代理人 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。				
振 込 口 座	(B)	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		

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 ☐ 3月以内	☐ 下船後 ☐ 通勤災害	傷病名	
初診	☐ 時間外 ☐ 休日 ☐ 深夜	円	注射	☐ 皮下筋肉内 ☐ 静脈内 ☐ その他	回 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	レントゲン		回 回 回	
指導			処置及び手術	薬剤	回	
投薬	☐ 内服 ☐ 頓服 ☐ 外用 ☐ 調剤 ☐ 調基	単位 単位 単位 単位 回			回 回 回 回	
入院	☐ 1月未満 ☐ 1月～3月未満 ☐ 3月以上 ☐ 給食の有無	日間（日～日） 日間（日～日） 日間（日～日）	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 <div style="text-align: center;"> 〒 住所 医師 氏名 </div>						

（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。