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

被保険者等記号・番号	700 － 1234567	被保険者氏名	健 保 太 郎		
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―○○○○				
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 東京偕成病院 氏名	所在地及び電話番号	〒120-0034 東京都足立区千住１－２－３		
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		
		コルセット装着日	年 月 日		
診療等を受けた期間	和暦 R元 年 5 月 3 日 和暦 R元 年 6 月 5 日	34 日間	診療等に要した費用の額	６６０００ 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	な し	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 R元年 7月 1日

被保険者 氏名 健保 太郎

代理人 住所：

氏名 **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。** 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

（　　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 休　日 深　夜	円	注射	皮下筋肉内・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	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術		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 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。

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。