

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			
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					
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 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	<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 住所： 代理人 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					
	<input type="checkbox"/> 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				

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 薬剤		回
投薬	内服	単位			回
	頓服	単位			回
	外用	単位			回
	調剤	単位			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		
	給食の有無				
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。