

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

（第 〇 回目）

被保険者証の 記号・番号	000	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社		電話	000 局 0000番	
	第 0000 号		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1				
傷病名	骨折			発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
発病又は負傷の原因	転倒							
傷病の経過	治癒							
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇〇〇病院		所在地及び電話番号	〒222-2222			
	氏名	〇〇 〇〇			〇〇県〇〇市〇〇町2 222-2222-2222			
診療又は手当の内容	装具装着			入院期間	自	年	月	日
				至	年	月	日	
				コルセット装着日	年	月	日	
診療又は手当を受けた期間	自	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に要した費用の額	金	〇〇〇〇	円也	
	至	〇〇年 〇〇月 〇〇日						
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨								
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	治療用装具作成のため							
第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		〒				
被扶養者に関する申請のとき	氏名			生年月日	昭平令	年	月	日
								被保険者との続柄
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>〒000 - 0000</p> <p>被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1</p> <p>氏名 三菱 太郎</p>								



（注意事項）

靴型装具の申請のときは現物の写真を添付して下さい。

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 皮下注射・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	レゲ ン ト		回 回 回
指導			処置 及び 手術		回 回 回 回
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回		薬剤	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

〒

医師 住所
氏名

印

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	療養費のうち
	金	円也の受領に関すること。
	年 月 日	
	被保険者の	住所 ○○県○○市○○町1-1 氏名 三菱 太郎
	代理人の	住所 氏名
		印



(注意事項)

1. 領収書を添付して下さい。
 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. コルセット等治療用器具に関する申請のときは、医師が証明した「治療用器具作成指示装着証明書」（原本）、器具代金の領収書（原本）を添付して下さい。
 4. 輸血に関する申請の時は、医師による「輸血証明書」（原本）、輸血に要した費用の領収書（原本）を添付して下さい。
- ※上記3、4の場合、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。