

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間
------	---------	---------	----

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)  
被扶養者

(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名称 所在地 〒	電話
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				
傷病の経過				
診療を受けた医 療機関の名称・ 所在地及び医師 の氏名	名称 氏名	所在地 及び電 話番号	〒	
診療の内容		診療に要し た費用の額	円	
診療の期間	自 年 月 日 日間	入院の場合、 左記の入院期間	自 年 月 日 日間	
療養が被保険者 の選定に係る特 別の病室の提供、 その他厚生労働 大臣が定める 療養を含むとき その旨				
療養の給付を受 けることができ なかつた理由				
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	〒	
被扶養者に 関する申請のとき	氏名	生年 月日	年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫 信組		店・本店 支店・出張所	
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義	
上記のとおり申請します。 年 月 日				
住所 〒 被保険者の 氏名				
昭和産業健康保険組合理事長 殿				

※被保険者本人が署名した場合は、  
押印不要です。

# 領収（診療）明細書

患者氏名		傷病名		診療期間	自至	年	月	日	診療日数	日
再診	初診	時間外・休日・深夜	回	検査	回					
	再診	再診	回		薬	回				
在宅	往診	時間外・休日・深夜	回	画像	回					
	深夜・緊急	在宅患者訪問診療	回		薬	回				
投薬	内服	薬剤	単位	その他	回					
	外用	薬剤	単位		処方せん	回				
注射	皮下	筋内	回	入院	入院年月日	年 月 日				
	静脈	内他	回		病診	入院基本料・加算	点			
処置	薬	剤	回	院	特定入院料・その他	回				
	手麻酔	薬	回		食事・生活	円 × 回	基準(生)	円 × 回		
				合計	円 × 日	特別(生)	円 × 日	減・免・猶・I・II・3月超		

(注意事項)  
 3. 2. 1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。  
 歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。  
 輸血及びびコルセット等治療用器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」を  
 交付してください。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地 〒

医師の氏名

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 被保険者 療養費のうち  
 被扶養者

金 円也の受領に関すること。 年 月 日

住所 〒  
 被保険者の 氏名

住所 〒  
 代理人の 氏名

委任者と代理人との関係

振込希望の金融機関名

銀行・金庫・信組

店・本店  
支店・出張所

普通当座 口座番号

フリガナ 口座名義

領収書

金 円也但し

うえの金額を領収いたしました。 年 月 日

昭和産業健康保険組合理事長 殿

住所 〒  
 受領者 氏名