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

支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日 日間

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

被保険者
被扶養者　療養費支給申請書

（第　回目）

（注意事項）
輸血及びコルセット等治療用装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。

被保険者等の記号・番号	第　号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称	電話	
			所在地	〒	
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		所在地及び電話番号	〒	
	氏名				
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 至　年　月　日　日間	入院の場合、左記の入院期間	自　年　月　日 至　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はその旨					
療養の給付を受けることができなかった理由					
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		
			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	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

領収（診療）明細書

患者氏名		傷病名		診療期間	自　年　月　日 至　年　月　日	診療実日数	日

初診		時間外・休日・深夜		回	点	
再診			×	回		
外来管理加算			×	回		
時間外			×	回		
休日			×	回		
深夜			×	回		
医学管理						
在宅	在診			回		
	夜間			回		
	深夜・緊急			回		
	在宅患者訪問診療			回		
	その他					
	薬剤					
投薬	内服薬剤			単位		
	調剤		×	回		
	屯服薬剤			単位		
	外用薬剤			単位		
	調剤		×	回		
	処方		×	回		
	麻毒			回		
	調基					
注射	皮下筋肉内			回		
	静脈内			回		
	その他			回		
処置				回		
	薬剤					
手術	麻酔			回		
	薬剤					

検体検査判断		回
	薬剤	
画像診断		回
	薬剤	
その他	処方せん	回
	薬剤	

入院　入院年月日　年　月　日

病	診		
		入院基本料・加算	点
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		特定入院料・その他	

食事・生活	基準食事療養	円 × 回	基準(生)	円 × 回
	特別食加算	円 × 回	特別(生)	円 × 回
	特別療養環境	円 × 日	減・免・猶・I・II・3月超	
		円 × 日		
合計				円

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

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 被保険者 / 被扶養者 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　〒

氏名

代理人の　住所　〒

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

受領者　住所　〒

氏名

（注意事項）

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。
2. 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。
3. 輸血及びコルセット等治療用装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。