

支給決定額	円
-------	---

常務理事	事務局長	主任	係

平成 年 月 日 支給決定  
平成 年 月 日 支給

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	—	請求者(被保険者)の氏名と印	印	
	被保険者の現住所				
	事業所名称				
	傷病名		発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
	発病又は負傷の原因				
	傷病の経過				
	診療を受けた 医師・歯科医師 その他の者の	所在地			
		病院名	氏名		
	診療内容				
	診療を受けた 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	診療に要した 費用の額	円
	保険診療の給付を受ける ことができなかった理由				
	第三者の行為によるもの であるときは、その者の	住所	氏名		
被扶養者が受ける 為のものであると きは、その者の	氏名	生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日	被保険者との続柄		

平成 年 月 日

法令出版健康保険組合 理事長殿

事業主証明欄	上記申請書記載事項いずれも相違ないことを証明します。  (所在地) 事業主 名称及び 代表者名	印
--------	---	---

領収(診療)明細書

患者氏名		傷病名	
初診	時間外・深夜	円	指導
再診	時間外 回 時間内 回 深夜 回 内科加算 回		
診療	普通 回 難路 回 夜間 回 暴風雨雪 回	レントゲン	透視 回 造影剤 回
投薬	内服 頓服 外用 調剤	処置 及び 手術	材料 回 麻酔 回 薬剤 回
注射	皮下・筋肉内 回 静脈内 回	その他	
入院	食事の有・無	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	1月未満 日間 1月～3月未満 日間 3月以上 日間
合 計 円			
上記のとおり領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日 医師 住所 氏名 印			

委任状	上記金額の受領を  被保険者氏名 印 委任いたします。
-----	--------------------------------------

(備考) この申請書は被保険者又は被扶養者が保険医療機関等に診療を受けることが困難な場合、又は緊急、その他止むを得ない事由で保険医療機関以外の医師又はその他の者の診療、又は手当てを受けた場合に用いるものです。

- 添付書類についての注意 (次の場合はうへの領収用明細は必要ありません)
  - 1 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医師担当者の証明書」をつけて下さい。
  - 2 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけて下さい。
  - 3 コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは「装着が傷病の治療のため必要と認めた医療担当者の証明」及び「領収書」をつけて下さい。
- 記入上の注意
  - 1 表中、該当する文字を○印で囲んで下さい。
  - 2 訂正の個所には記入者の訂正印を押して下さい。