

支給決定額	円
-------	---

常務理事	事務局長		係

令和 年 月 日支給決定
令和 年 月 日支給

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

請求者である被保険者が記入するところ	被保険者証の番号	第 号	請求者(被保険者)の氏名	
	被保険者の住所			
	事業所の名称			
	傷病名	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病または負傷の原因			
	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
	診療の内容			
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療に要した費用の額 円
	保険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ものであるときは、その者の	住所	氏名		
被扶養者が受けるためのものであるときは、その者の	氏名	生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	被保険者との続柄	

令和 年 月 日提出

法令出版健康保険組合理事長殿

事業主の証明	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。 事業主 (所在地) 名称および代表者氏名
--------	--

領収(診療)明細書

患者氏名		傷病名	
初診	時間 外夜 深 夜	円	指導 円
再診	時間 外 時間 内 深 夜 内科加算	回 回 回 回	検査
診療	普通 難 路 夜 間 暴風雨雪 同一家屋	回 回 回 回	レントゲン 透視 回 造影剤 回
投薬	内服 { 一剤 二剤 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 静脈内	回 回	その他
入院	給食の有 無	令和 年 月 日から 令和 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。 令和 年 月 日 医師 住所 氏名			

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

(備考) 1 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ついて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(次の場合はうえの領収用細書は必要ありません)

- 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけて下さい。
- 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。
- コルセット・ギブス・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書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。

○記入上の注意

- 表中、該当する文字を○印で囲んで下さい。
- 訂正の箇所には記入者の訂正印を押して下さい。