

（注意事項）
輸血及びコルセット等（器具）・治療用眼鏡（年齢制限・上限額あり）に
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

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					
理事長	常務理事	事務長	担当者		
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）

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	電話番号	〒
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		所在地及び電話番号	〒	
診療又は手当の内容	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 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也
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、その他厚生労働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					
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	明昭大平 年 月 日	被保険者との続柄
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店（普通当座 第 号）・ 郵便局				
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名 東海放送健康保険組合理事長 殿					

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	皮下筋肉内・静脈内	回
				その他	回
再診	再診時間外休日深夜	回 回 回 回	検査		回 回 回 回
				薬剤	回
往診	普通夜間深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回 回
投薬	内服 外用 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 合計	回	
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 住所〒 医師 氏名 印					

委任状	私は 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 印 代理人の住所〒 氏名 印	
	振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店（普通当座 第 号）・ 郵便局

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 東海放送健康保険組合理事長 殿 受領者住所〒 氏名 印
-----	---

（注意事項）
1. 領収明細書の記載は診療報酬請求明細書に準じて下さい。
2. 領収明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。
3. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
4. 保険薬局は、領収明細書にかえて調剤報酬請求明細書を使用して下さい。