

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 支 払 決 議 書			
理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者
資 格 取 得		年	月
資 格 費 失		年	月
支 払 年 月 日		年	月

記入例 療養費支給申請書

(注意事項) 輸血及びコルセット等(装具)・治療用眼鏡(年齢制限・上限額あり)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」を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	25 第 1998 号	被保険者が勤務する(してい た)事業所の所在地	名称 〒 000-0000 名古屋市○○区××町○○××番地	
傷病名	右足首骨折		発病又は負傷の年月日 ○○年 ○○月 ○○日	
発病又は負傷の原因	旅行中、階段から足を踏み外し、転倒したため			
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 ○○××病院	所在地 〒 000-0000 名古屋市××区○○町○○××番地 ○○○-○○○-○○○○	氏名 ○○ ○○○	
診療又は手当の内容	入院期間 自 00年○○月○○日 至 00年○○月○○日 ギフス包帯、その他外科処置 コルセット装着日 年 月 日			
診療又は手当を受けた期間	自 00年○○月○○日 至 00年○○月○○日	○○日間	診療又は手当に要した費用の額 金 00,000 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つた理由	保険証不携帯のため			
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	普通 支店(当座)	第 号)	郵便局

上記のとおり申請します。

○○年○○月○○日

〒 000-0000
名古屋市○○区△△町○○××番地

東海放送健康保險組合理事長 殿

領收（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 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	回 回 回 回	薬剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レジ ント	回 回 回	
指導					
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	処置及び手術	薬剤	回 回 回 回 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		回
			合計		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

医 師 住 所
氏 名

印

委 任 状	私は 年 月 日を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	被保険者 被扶養者 療養費のうち		
	金 円也の受領に関する事。		
年 月 日			
被保険者の 住所〒 氏名 名古屋市○○区△△町○○××番地			
代理人の 住所〒 氏名 東海 一郎			
			(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			

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
円也の受領に関すること。

任意継続被保険者の 方は不要です

卷之三

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 收 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		