

受付年月日	年 月 日
同年月日	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)

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 局 番
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 氏名	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 他厚生大臣が定 める療養を含む 時はその旨				
療養の給付又は 特定療養費もし 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	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	給与口座へ振込みます (給与口座がない場合 銀行 支店 普通 当座 No) 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 日本工営健康保険組合理事長 殿				

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用具に
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」を添付して下さい。

(月 日から 月 日までの分) 領収(診療)明細書

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	検 査	薬 剤	回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レ ン ゲ ン		回 回 回
指導			処 置 及 び 手 術		回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単 位 単 位 単 位 回		薬 剤	回 回 回 回
入院	1月未満 1月～3月未満 3日以上 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 氏 名					

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 年 月 日 円也の受領に関すること。 被保険者の 住 〒 氏 氏 氏 氏 名 名 名 名 代理人の 住 〒 氏 氏 氏 氏 名 名 名 名	④ ④
振込希望の銀行 又は郵便局名	給与口座へ振込みます (給与口座がない場合 銀行 支店 普通 当座 No) 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 日本工営健康保険組合理事長 殿 〒 住 所 受 領 者 氏 名 氏 名	④
-----	--	---

(注意事項)
321
すでに領収書は発行して
歯科診療の場合、別に
輸血及びコルセット等
治療用具に關する申
請のときは、「領収書」
の字句を消して下さい。
「診療明細書」として
下さい。
「診療明細書」を
交付して下さい。この
場合、左の領収(診療
明細書の記入は必要
ありません。