

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 至	年 年	月 月	日 日
				日間

# 被保險者 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)事業所の所在	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				所在	地 及び	テ
		氏 名				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						
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	年 月 日	
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								
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	テ			
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	普通 当座	No	) 郵便局
上記のとおり申請します。								
年 月 日								
テ								
住所								
被保険者の								
氏名								
日本工営健康保険組合理事長 殿								
印								

## 月 目から 月 目までの分) 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	時間外 休 日 深 夜		回 回 回 回	検 査	薬 剤	回 回 回 回	
往 診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路		回 回 回	レ ゲ ン ト		回 回 回	
指導				処 置 及 び 手 術		回 回 回 回 回	
投 薬	内服 屯服 外用 調剤 調基		単位 単位 単位 単位 回		薬 剤		
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	

委任状	私は _____ 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
	金	円也の受領に関すること。				
	年	月	日	被保険者の	住	〒
					姓	
				代理人の	住	〒
				姓		
				名		
						印
						印

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
	日本工営健康保険組合理事長 殿		
受領者			
住所			
氏名			
印			