

記入例：医療費を自費で支払った場合

受付年月日	年		
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給支払決議書

A3サイズで印刷してください

支給期間	至	年	月	日	資格喪失	年	月	日
				日間	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 回目)

被保険者証の記号・番号	第 65 号 1234567	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	×××××株式会社 電話 ××局××××番	
傷病名	打撲(大腿部)	発病又は負傷の年月日	令和5年7月1日	
発病又は負傷の原因	休日、ジョギングをしていた時に転倒し、負傷			
傷病の経過	良好			
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	所在地及び電話番号	〒 234-5678 大阪市〇〇区△△町××番地 ××××-××-××××	
診療又は手当の内容	安静にしているようにと湿布をはられる		入院期間	自 令和5年7月1日 至 令和5年7月2日
診療又は手当を受けた期間	自 令和5年7月1日 至 令和5年7月2日	診療又は手当に要した費用の額	2 日間 金 7,000 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った理由	保険証を持参していなかったため			
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	氏名	住所	〒
被扶養者に関する申請のとき	氏名 大和 花子	生年月日 昭 50年6月7日	被保険者との続柄 妻	
振込希望の金融機関名(被保険者本人名義)	銀行 信用金庫 農協	支店	普通 当座	
上記のとおり申請します。	被保険者の住所	〒 123-4567 大阪市〇〇区△△町××番地		
令和5年7月20日	氏名	大和 太郎		
	電話番号	01-2345-6789		
ダイワボウ健康保険組合理事長 殿				

被扶養者に関する申請の時は必ず記入してください。

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	上・下船後 以内・通勤災害	傷病名
初診	時間外 休日 深夜	注	皮下筋肉内・静脈内
再診	再診 時間外 休日 深夜		回数
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪		
指導		処置及び手術	回数
投薬	内服 外用 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 回	薬剤 回数
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			

治療を受けた医師になるべく詳しく記入してもらってください。ただし、診療報酬明細書(レセプト)がある場合は記入不要です。

- (注意事項)
- すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
 - 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。
 - 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を添付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

委任状	私は ×××××株式会社 代表取締役社長 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和5年7月20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。 令和5年7月20日 被保険者の住所 〒123-4567 大阪市〇〇区△△町××番地 大和 太郎 代理人の住所 氏名
振込希望の金融機関名	銀行 信用金庫 農協 (普通 当座 第 号)

事業主記入欄です。

領収書	金 円也但し うへの金額を領収いたしました。 平成 年 月 日 ダイワボウ健康保険組合理事長 殿 住所 〒 受領者 氏名
-----	---

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装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。