

支給 決議	同年月日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額							
	請求			査定		公費負担		
	診療内容			有・無	コード			
	合計			備考				
一部負担	入 外							

事業所コード	事業所名	<b>被保険者 家族 療養費支給申請書</b>	事業所	所属長	担当者

被 保 險 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	生年月日	昭・平		
	16		氏名				
	現住所	〒			TEL	-	
	適事業所				取 得 年 月 日	平成 令和	
	医療機関名				喪 失 年 月 日	令和	
	所在地				発病又は負傷の年月日	平成 令和	
	療養を受けた期間	令和	～	日間	入院した期間	令和	日間
	傷病名						
	発病又は負傷の原因	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃 負傷・発病				第三者による負傷ですか?	はい・いいえ
		どこで				業務上による負傷ですか?	はい・いいえ
	何をしています				通勤途上の負傷ですか?	はい・いいえ	
	どのようにして負傷(発病)したか						
	受診した内容 〔 装具の場合は 装着した日 〕	(コルセット等の装具を装着した日 令和 年 月 日)					
	保険診療を受けることができなかった理由						
	フリガナ	生年月日	昭平令	コード	続柄	被扶養者認定月日	平成 令和
	療養が被扶養者に関するときはその者の氏名						
	添付書類名						

委 任 状	上記のとおり申請します。 本申請に基づく在籍期間中の療養費支給申請の受療は代理人(事業主)に委託します。(在籍者の振込先は給与口座となります。)	委 任 受 領 者
	令和 年 月 日 被保険者 氏名	所在地 事業所 名称 事業所長名

振込先	喪失(退職)者、任意継続被保険者、被保険者死亡時の申請は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください。口座は申請者(被保険者)名義のみとなります。										支 払	決 議	受 付
	銀行			支店									
	普通預金	口座番号	No.										
	名義人(カタカナ)												

# 領 収（診療）明 細 書

患者名		昭・平・令 年 月生	傷病名			
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日までの分				診療実日数		
初診料	時間外・休日・深夜	回	手術料	円		
再診料	再診	回	検査料	円		
	外来管理加算	回				
	時間外	回				
	休日	回				
	深夜	回				
指導料		回				
在宅	往診	回	薬剤		回	
投薬料	内服	回	画像診断	透視	回	
	頓服	回		造影剤	回	
	外用	回	その他			
	調剤	回				
	処方	回				
	麻毒	回				
	調基	回				
注射料	皮下筋肉内	回	入院料	入院年月日	年 月 日	円
	静脈内	回		食有	日間	
	その他	回		食無	日間	
処置料		回		その他（ ）	日間	
	薬剤	回		入院時医学管理料	日間	
			合計	円		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

所在地  
医療機関 名称  
電 話  
医師の氏名

**【記入上の注意】**

- ① 診療報酬明細書（レセプト）を添付する場合は、上の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
- ② コルセット等の治療装具、あんま・マッサージ師の施術、はり・きゅう師の施術および生血に関する申請の場合は「医師の意見（同意）書」と領収書を添付して下さい。
- ③ 傷病の原因が第三者行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。