

決裁年月日 令和 年 月 日

Table with 3 columns: 支給額, 付加金, 計. All values are blank.

Table with 2 columns: 支給期間, 日間. Values are blank.

支給支払決議書. Table with 4 columns: 常務理事, 事務長, 担当者, 担当者. Values are blank.

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (第 回日)

日本製紙健康保険組合 御中 令和 1 年 5 月 1 日 提出

Main application form with multiple sections: 被保険者の記号・番号, 住所, 勤務する事業所, 資格取得日, 傷病名, 治療を受けた医療機関, 診療の内容, 診療の期間, 療養の給付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, 申請が被扶養者に関するときはその者の, 支払希望金融機関, 備考.

(添付書類についての注意)

- 輸血に関する申請: 「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収書」をつけてください。
コルセット等治療用装具: 「装具が傷病のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収書※」をつけてください。
靴型装具を作成された場合は、当該装具の写真を添付下さい。
治療用眼鏡等: 領収書、療養担当保険医の治療用眼鏡等の作成指示書等の写し及び検査結果

受付印

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

Table with columns: 患者名, 傷病名, 初診, 再診, 往診, 指導, 投薬, 入院, 合計. Includes details on medical treatments and costs.

(注意事項)

- すでに領収証を発行しているときは「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。
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」を交付ください。
この場合、上の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

受取代理人の欄. Form for designating a recipient agent, including fields for name, address, and relationship to the insured.