

決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
	付加金 円
	計 円
支給期間	自 平・令 年 月 日
	至 平・令 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	担当者
資格取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	平・令 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

健康保険 被保険者 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 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の 記号・番号	—	被保険者の 氏名・印	印
	被保険者の 住 所	〒	電話番号	
	被保険者の勤 務する事業所	名称	所在地	
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	標準報酬月額	第 等級 千円
	傷 病 名		発病または 負傷の年月日	平成 年 月 日
	発病または 負傷の原因			
	傷病の経過			
	診療を受けた 医療機関の	名称	診療した医師の氏名	
		所在地	電話	
	診療の内容		入院期間	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日
			コルセット装着日	平成・令和 年 月 日
	診療の期間	自平・令 年 月 日 至平・令 年 月 日	診療に要した 費用の額	金 円也 日間
	療養の給付を 受けなかった 理由			
	第三者の行為 による負傷 であるとき	その事実の届出有無	ある ・ ない	
	申請が被扶養 者に関するときはその者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄
支払希望 金融機関	銀行	支店	口座番号 口座名義(カタカナ)	
備 考	◇「支払希望金融機関」は資格喪失後の申請(会社を退職あるいは任意継続を脱退して資格を喪失した方)のみ記入してください。			

(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」をつけて下さい。
- ・コルセット等治療用器具：「器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※」をつけて下さい。 ※原本
- 靴型器具を作成された場合は、当該器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)

患者名		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
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回	検 査 薬 剤
往診	普 通 夜 間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲ ント 透 視 造 撮 剤
指導			処 置 及 び 手 術 材 料 麻 酔 剤
投薬	内 服 外 用 調 剤		
入 院	1月未満	日間 ( 日~ 日)	その他 合 計
	1月~3月未満	日間 ( 日~ 日)	
	3月以上	日間 ( 日~ 日)	
	給食の有無	有 ・ 無	
上記のとおり領収(診療)いたしました。 令和 年 月 日			
住 所 医師の 氏 名			印

(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器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	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者) 住所 氏名	印
	代理人 (事業主) 所在地 名称	印
	委任者と代理人との関係	