

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	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	皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回	検査 薬剤	回 回 回
往診	普 通 夜 間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン	回 回 回
指導			処置及び手術	回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 回	薬剤	回 回 回
入院	1月未満	日間( 日~ 日)	その他	回
	1月~3月未満 3月以上 給食の有無	日間( 日~ 日) 日間( 日~ 日)	合計	
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 印				

委任状	私は 年 月 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事。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 住所 印 代理人の 氏名 住所 印
	振込希望の銀行名 又は郵便局名 銀行 支店(普通・当座 第 号)・ 郵便局

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名 印
-----	---

- (注意事項)
- 1 すでに領収を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。
  - 2 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。
  - 3 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請書のとときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

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

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------------

被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

(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	名称 所在地 〒	電話 局 番
傷病名		傷病又は負傷 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 氏名	所在地 及び電 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 年 月 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 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 なかつた理由				
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	加害者の氏名	〒	加害者の住所
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
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。 年 月 日 事業主経由でお支払いします。 被保険者氏名 印			
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 印 健康保険組合理事長 殿				

(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」を添付してください。