

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

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		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回 目)

被保険者証の 記号・番号	0000 第 0000 号	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
		所在地	〒×××××××× ××市××1-1-1	
傷病名	急性肺炎		発病又は負 傷の年月日	平成19年 〇月 〇〇日
発病又は 負傷の原因	風邪を放置していたから			
傷病の経過	出張先で、急に発熱			
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	〒△△-△△△△ △市△町1-1-5 ×× (××) ××××	
診療又は 手当の内容	点滴、投薬		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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 至 〇〇年 〇〇月 〇〇日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 〇〇〇〇〇〇 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 しくは家族療養 費の支給を受け ることのできな 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	
振込希望の銀行	××銀行 ××支店 (普通 当座 0000000)			
上記のとおり申請します。 年 月 日				
日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿		被保険者の 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-1	
		氏名	健保 太郎	

健保
印

(注意事項)

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、「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。

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	注射	皮下注射・静脈内 その他 回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	回 回 回 薬剤 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲ ン ト	回 回 回
指導			処 置 及 び 手 術	回 回 回 回 薬剤 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回		
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）	合計	
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）		
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 療養費のうち 被扶養者 円也の受領に関すること。 年 月 日			
		被保険者の 住所 〒000-0000 氏名 健保 太郎	○○県○○市○○町○○1-1 健保印	
		代理人の 住所 〒000-0000 氏名 代理 一郎	△△市△△1-1-1 代理印	
振込希望の銀行	△△ 銀行 △△ 支店 （ 普通 当座 0000000 ）			

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 日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿 〒 受領者 住所 氏名 印			
-----	---	--	--	--

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うえの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 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」を交付して下さい。
この場合、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。