

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			

(医療費を全額負担したときの記載例)

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	101 第9999号	被保険者が勤務する (していた)事業所の 名称 所在地	日油株式会社 東京都渋谷区恵比寿4-20-3	電話 5424 局 6646 番
傷病名	上気道炎	発病又は負傷の年月日	H29年 2月 10日	
発病又は負傷の原因	不詳			
傷病の経過	経過良好			
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 菊川病院 氏名 菊川 友一	所在地及び電話番号	〒000-XXXX 東京都00区00町△-0-0	
診療又は手当の内容	診察および投薬	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自 H29年 2月 10日 至 H29年 2月 10日	1日間	診療又は手当に要した費用の額	金 5,550 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	該当しない			
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のできなかった理由	帰省中につき保険証を携帯しておらず、提示できなかったため			
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 日油 花子	生年月日 明昭 大平	20年 1月 0日	被保険者との続柄 長女
振込希望の銀行	銀行	支店	(普通当座)	
上記のとおり申請します。 平成29年 4月 1日				
日油健康保険組合理事長 殿		住所	〒000-XXXX 東京都00区00町0-0-0	
		氏名	日油 太郎	

日油印

(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

- ・医師に診療内容を記入して頂くか、レセプト(診療報酬明細書)を添付して下さい。
- ・領収書を添付する

(2月10日から2月10日までの分)

患者名	日油 花子		職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	上気道炎
初診	時間外 休日 深夜	5, 320	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 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
投薬	内服 外用 調剤 調基	9 回 9×1 8×1	単位 単位 単位 回	6 9 8	薬剤	回 回 回 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		5, 550円
上記のとおり領収（診療）いたしました。 H29年 2月 10日 〒〇〇〇-×××× 住所 東京都〇〇区〇〇町△-〇-〇 医師 氏名 菊川病院 菊川 友一						

委任状	私は 日油株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 H29年 4月 1日請求した 被保険者 療養費のうち 金 (全額) 円也の受領に関する事。 H29年 4月 1日					
	被保険者の	住所	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇	氏名	日油 太郎	日油印
代理人の	住所	東京都渋谷区恵比寿4-20-3	氏名	日油 (株) 本社 人事・総務部長 〇〇〇〇	本社日油印	
振込希望の銀行	銀行	普通 当座	支店			

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 日油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、うへの領収（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、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。