

2枚目をA3サイズに拡大印刷してご利用ください。
(A4サイズでだされたものは、うけつけられません。)

※健保 保組合 使用欄	受付年月日	令和	年	月	日
	同年月日	令和	年	月	日
	決裁年月日	令和	年	月	日
	支給額	円			
支給期間	自	令和	年	月	日
	至	令和	年	月	日
					日間

支給支払決議書				
常務理事	事務長	係	係	
資格取得		年	月	日
資格喪失		年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

被保険者等 記号・番号	被保険者が勤務する(して いた)事業所の 所在地		名称	〒	電話	局	番	
傷病名	発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	〒	所在地及び 電話番号					
	氏名							
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	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也
療養又は手当が被保 険者の選定に係る特 別の病室の提供、そ の他厚生労働大臣が 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	昭 平	年	月	日	被保険者 との続柄	
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫		店・本店 支店・出張所	(普通 No.) 当座				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 大太平洋金属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」を添付してください。
※被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。

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 3月以内	下船後 ・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内	回	
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回	検査	その他	回	
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レント ゲン	薬剤	回 回 回	
指導			処置及 び手術	薬剤	回 回 回	
入院	内服 単位 屯服 単位 外用 単位 調剤 単位 調基 回	日間 (日 ~ 日) 日間 (日 ~ 日) 日間 (日 ~ 日)	その他 合計	薬剤	回	
給食の有無	1月未満 1月~3月未満 3月以上	日間 (日 ~ 日) 日間 (日 ~ 日) 日間 (日 ~ 日)	その他 合計		回	
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 氏名						

(注意事項)
1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてごさい。
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。

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 代理人の 住所 〒 氏名		
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	(普通 No.) 当座

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 大太平洋金属健康保険組合理事長 殿 住所 〒 受領者 氏名
-----	---