

2枚目以降を A3 サイズに拡大印刷してご利用ください。

(A4 サイズで出されたものは、受け付けられません)

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 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 | | | | |
|---------|-----|---|---|---|
| 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 | | 年 | 月 | 日 |

被保険者療養費支給申請書
(第 回目)

| | | | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------|-----------|----------|------|----|
| 被保険者証の記号・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 | 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 |
| | 至 | 年 | 月 | 日 | |
| 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 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 被保険者との続柄 | | |
| 振込希望の金融機関名 | 銀行 | 店・本店 | (普通 | No. |) |
| | 金庫 | 支店・出張所 | 当座 | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | |
| | 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 | | | | | |

(TK201906)

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 | 傷病名 | |
| 初診 | 時間外 休日 深夜 | 円 | 注射 | 皮下筋肉内・静脈内 回 |
| | | | | その他 回 |
| 再診 | 再診 時間外 休日 深夜 | 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 | レントゲン | 回 回 回 |
| 指導 | | | 処置及び手術 | 回 回 回 |
| 投薬 | 内服 屯服 外用 調剤 調基 | 単位 単位 単位 回 | 薬剤 | 回 回 回 |
| 入院 | 1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無 | 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。 | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | 住所 〒 |
| | 医師 | | | 氏名 |

| | | | | |
|------------|-------|--------------------|-----|----------------|
| 委任状 | 私は | を代理人と定め、次の権限を委任する。 | | |
| | 年 | 月 | 日 | 請求した被保険者療養費のうち |
| | 金 | 円也の受領に関する事。 | | |
| | 年 | 月 | 日 | 住所 〒 |
| | 被保険者の | | | 氏名 |
| | 代理人の | | | 住所 〒 |
| | | | | 氏名 |
| 振込希望の金融機関名 | 銀行 | 店・本店 | (普通 | No. |
| | 金庫 | 支店・出張所 | 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 | | |
| | 受領者 住所 〒 | | |
| | 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。

(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。
※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)