

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

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

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		

所属事業所 担当者印	印
---------------	---

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 〇 回目)

被保険者証の 記号・番号	000 第 0000 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 所在地	株式会社〇〇〇 〒123-4567 〇〇県△△市□□町123	電話 0123 45 局 6789 番
傷病名	腰椎椎間板症		発病又は負傷の年月日	XX年 XX月 XX日	
発病又は負傷の原因	不明				
傷病の経過	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 〇〇〇病院	氏名 〇〇 〇〇	所在地及び電話番号	〒123-4589 〇〇県△△市□□町 456	
診療又は手当の内容	腰椎軟性コルセット装着		入院期間 コルセット装着日	自 年 月 日 至 年 月 日	XX年 XX月 XX日
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	XX 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 20,000 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のできなかった理由	該当にチェックをしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具のため <input type="checkbox"/> 立替治療費のため <input type="checkbox"/> その他 ()				
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	〒		
被扶養者に関する申請のとき	氏 名	生年月日	昭令 年 月 日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行	◇◇ 銀行		▽▽ 支店	(普通 0000000)	フリガナ ケンコウタロウ 口座名 健康太郎
上記のとおり申請します。 XX年 XX月 XX日 〒123-4567 被保険者の住所 〇〇県△△市□□町123 ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿 氏名 健康 太郎					

健康印

(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 薬剤 回
投薬	内服 屯服 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 金 円也の受領に関する事。
	年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印
振込希望の銀行 銀行 支店 普通（ ）	

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 ポーラ・オルビスグループ 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。