

| | |
|-----------|-------|
| 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 | 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 〇 回目)

| | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 被 保 險 者 証 の 記 号 ・ 番 号 | 000 第 0000 号 | 被 保 險 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 生 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 | 自 年 月 日 | 至 年 月 日 |
| | | | コ ル セ ッ ト 装 着 日 | XX 年 XX 月 XX 日 | |
| 診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間 | 自 至 | XX 年 XX 月 XX 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 險 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 | | |
| | | | 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 令 年 月 日 | 被 保 險 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 險 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 | | | | | |

(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） | | | |
| | 3月以上 給食の有無 | 日間（ 日～ 日） | | 合計 | |
| 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 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 |
|-----|---|

（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。