

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			

記入例 医療費を自費で支払った時

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	
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)

記号	〇〇	被保険者が勤務する(している)事業所の名称	〇〇株式会社	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
番号	〇〇〇〇〇〇	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区 △△-□□				
傷病名	打撲(大腿部)		発病又は負傷の年月日	令和 8 年 6 月 5 日			
発病又は負傷の原因	休日、ジョギングをしていた時に転倒し、負傷						
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	〇〇病院	所在地及び電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区〇〇町〇〇番地 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	氏名	山田 太郎					
診療又は手当の内容	安静にするようにして湿布をはられる		入院期間	自	年	月	日
			至	年	月	日	
			コルセット装着日				
診療又は手当を受けた期間	自	令和 8 年 6 月 5 日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金	7, 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、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨	マイナ保険証を持参していなかったため						
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	被扶養者に関する申請の時は必ず記入してください。						
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						
被扶養者に関する申請のとき	氏名	大和 花子	生年月日	明大令	昭和 60 年 6 月 1 日	被保険との続	妻
振込希望の金融機関名被保険者本人名義	フリガナ	〇〇	フリガナ	〇〇	支店	普通	1 2 3 4 5 6 7
		〇〇		〇〇	当座		
上記のとおり申請します。被保険者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 令和 8 年 6 月 30 日 大阪市〇〇区△△町 □□-□□ フリガナ ダイワ タロウ 氏名 大和 太郎 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ダイワボウHD健康保険組合理事長 殿							

手書きの場合は楷書で丁寧に記入してください。
字が読みづらいと、正しい文字の確認に時間がかかり、支払が遅れる場合があります。

必ず被保険者本人名義の口座を記入してください。本人名義以外の口座には振り込みできません。

(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

患者名		職務上の事由		職務上・下船後 3月以内・通		傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円		注射	皮膚・内・静脈内	回 回	
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回		治療を受けた医師になるべく詳しく記入 してもらってください。 ただし、診療報酬明細書（レセプト）が ある場合は記入不要です。			
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回					
指導				処置及び手術	回 回 回 回 回 回		
投薬	内服 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 合計	回		
	1月～3月未満	日間（日～日）					
	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							

（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」として下さい。

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、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。