

支給決定

常務理事	総務課長	係長	給付	支給 期間	年 月 日装着	支給決定額
					年 月 日から	円
					年 月 日まで (日間)	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家族

被保険者証 記 号 番 号	—	被保険者氏名	(印)	
事業所名称	所在地			
傷 病 名	発病または負傷 年 月 日		年 月 日	・不詳
発病の原因	・不詳			
負傷の原因・状況 (何をしていてどのように負傷したか詳しく)				
負傷の原因は第三者行為によるものですか(工作中・通勤途中含む)		はい ・ いいえ		
傷病の経過	入院中 ・ 通院中 ・ 完治			
診療を受けた 医療機関の名称 および所在地	医療機関名称		所 在 地	
診療または手当 の内容				
診療(手当)期間	年 月 日装着(装着日)		診察または手当に要した費用の額	
	年 月 日から 年 月 日まで 日間		¥	円
療養の給付を受ける ことが出来なかった 理由 □にチェック	① ☐ 治療用装具の装着 ② ☐ 他制度で受診(国保・共済・その他) ③ ☐ 自費で受診(国内・海外/国名)			
②・③の場合はやむを得ず健康保険証を使用できなかった理由				
申請が扶養者に関する ときはその者の氏名	被扶養者の生年月日 昭・平・令 年 月 日		続柄	

※ 受 付 日

水産連合健康保険組合理事長殿 上記により請求します。 年 月 日 被保険者(申請者) 住所 氏名 (印)	
うえの請求金額の受領を に委任します。 年 月 日 被保険者(申請者) (印)	
うえの受領に関する委任を受託します。 年 月 日 委任者氏名 (印)	
領 収 書 うえの請求に対する給付金として金 円也を領収しました。 年 月 日 受領者氏名 (印)	

医師が証明する欄

領 収（診療）明 細 書

患者氏名(生年月日)	傷 病 名	診 療 期 間	診療実日数
昭・平・令 年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで	日

診 療 の 内 訳										単価		金額		薬名、用量等の明細	
診 察 料	初診・時間外・深夜()														
	再診	{ 時間内 回													
		{ 時間外 回													
		{ 深 夜 回													
	往診	{ 内科加算 回													
{ 普通 難路 夜間 回															
投 薬 料	外 来 分	内服	{ 調剤 回		剤	単位									
			{ 処方 回		剤	単位									
		頓服	{ 調剤 回		剤	単位									
			{ 処方 回		剤	単位									
	入 院 分	外用	{ 調剤 回		剤	単位									
			{ 処方 回		剤	単位									
		内服	{ 調剤 回		剤	単位									
			{ 処方 回		剤	単位									
			頓服	{ 調剤 回		剤	単位								
				{ 処方 回		剤	単位								
注 射 料	皮下筋肉内 回														
	静 脈 内 回														
	そ の 他 回														
処 置 お よ び 手 術 料							回								
							回								
							回								
							回								
							回								
レ ント ゲ ン 料							回								
							回								
							回								
検 査 料							回								
							回								
そ の 他															
入 院 料	入院期間									普通給食 有・無 備考 基 食 基 寝 入院日 年 月 日より 看1類 その他の加算内訳 看2類 看3類					
	年 月 日から														
	年 月 日まで 日間														
	普食 日間（内特食 日間）														
	食なし 日間														
療 養 に 要 し た 費 用 の 合 計										円					

上記のとおり診察を行い、その費用を領収しました。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名・印

連絡先電話番号

()

印