

被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

(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時は、「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。

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	記号	所属法人 事業所名			
	番号	事業所 所在地	電話		
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)					
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	電話
	医師の 氏名				
診療の内容				装具などの 装着指示を 受けた日	年 月 日
診療を受けた期間	自	年	月	日	日間
診療を受けた期間				診療に要した 費用の額	円
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					
療養費の申請理由					
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	被扶養者 氏名			生年月日	昭和 年 月 日 続柄
金融機関の名称	(銀行番号)		支店名	(支店番号)	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協			支店 出張所	
預金種目	普通預金 ・ 当座預金			口座番号	
口座名義 (カタカナで記入)					
上記のとおり申請します					
年 月 日 住所					
被保険者の 氏名					
オートボックス健康保険組合理事長 殿					

# 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 休日夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他
再診	再時間外 再休日夜	回 回 回	検査	薬剤
往診	普通 夜深夜	回 回 回	レントゲン	
指導			処置及び手術	薬剤
投薬	内服 外用 調剤	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 3月以上 給食の有無	日間( 日～ 日) 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				

(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。

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 被保険者 年 月 日請求した 被扶養者 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 住所 代理人の 氏名
-----	--

金融機関の名称	(銀行番号)	銀行 信用金庫 信用組合 農業	支店名	(支店番号)	支店 本店 出張所
預金種目	普通預金 ・ 当座預金		口座番号		
口座名義 (カタカナで記入)					

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 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者の 氏名
-----	---