

伺年月日 年 月 日				支払年月日 年 月 日				支給金額			
常務理事	事務長	担当	担当	資格取得年 年 月 日				法定給付			
				請求金額 円				付加給付			
				査定金額 円				支給計			

**被保険者 療養費（法定・付加）支給申請書**  
家 族

2 1 診療報酬明細書がある場合は、2枚目の領収明細書は必要ありません。  
「医療担当者の証明書」及び「実費についての領収書」をつけてください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		被保険者の所属・氏名と印		部 課		(印)			
	被保険者の現住所		〒		電話					
	事業所の名称									
	傷 病 名		傷病名コード		発病または負傷の年月日		平成 年 月 日			
	発病または負傷の原因				傷病の経過					
	診療を受けた病・医院の		名称		医師の名					
			所在地							
	診療の時間		自 平成 年 月 日		至 平成 年 月 日		日間		診療費 円	
	保険医の療養を受けられなかった理由									
	第三者行為による負傷であるとき		その事実の届出の有無		有 ・ 無		氏 名			
					住 所					
申請が被扶養者に関する時		氏名		生年月日		昭平 年 月 日		続柄		

受取代理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日	
	受取代理人	被保険者(請求者)氏名		(印)	
		代理人の住所	(〒 - )		
	代理人の氏名	(印)			

※以下、任意継続被保険者、期間従業員の方等、代理受取をされない方は記入してください。

振込口座	金融機関		銀 行 名		銀行・信金 信組				店・本店 支店・出張所	
			銀 行 番 号		店 番 号					
	預金種別	1:普通 2:当座	口座番号						(フリガナ) 口座名義	

## 領収（診療）明細書

患者名				傷病名			
初診	時間外		円	注射	皮下筋肉内	回	円
	深夜				静脈内	回	
再診	時間内	回	円	検査		回	
	時間外	回					円
	深夜	回					
往診			円	レントゲン		回	円
					透視	回	
				造影剤	回		
指導			円	処置及び手術		回	円
						回	
投薬	内服 { 一剤		円	材料及び手術	材料	回	
	二剤				麻酔	回	
	頓服				薬剤	回	
	外用					回	
	調剤				回		
入院	1月未満	日間( 日～ 日)		その他			円
	1月～3月未満	日間( 日～ 日)					
	3月以上	日間( 日～ 日)		合計			円
給食の有・無							

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成      年      月      日

住      所

病      院      名

医      師      の      氏      名

**（添付書類についての注意）**

次の各場合には上の領収明細書は必要ありません。

1. 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけてください。
2. 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収書」をつけてください。
3. コルセット、ギブス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収書」をつけてください。