

|       |     |    |    |
|-------|-----|----|----|
| 同年月日  | 年   | 月  | 日  |
| 支給決定伺 |     |    |    |
| 常務理事  | 事務長 | 係員 | 係員 |
|       |     |    |    |

|      |                    |
|------|--------------------|
| 支給額  | 円                  |
| 支給期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 |
| 資格取得 | 年 月 日              |
| 資格喪失 | 年 月 日              |

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

(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。

|  |               |    |                          |              |              |
|--|---------------|----|--------------------------|--------------|--------------|
| 被保険者証の<br>記号・番号  |               |    | 事業所の名称                   |              |              |
| 傷病名  |               |    | 傷病又は<br>負傷の年月日           | 年 月 日        |              |
| 発病又は<br>負傷の原因  |               |    |                          |              |              |
| 傷病の経過  |               |    |                          |              |              |
| 診療を受けた<br>医療機関の<br>名称・所在地及び<br>医師の氏名                           | 名称            |    |                          | 医師<br>氏名     |              |
|  | 所在地           |    |                          |              |              |
| 診療の内容  |               |    | 入院期間                     | 自 年 月 日      | 至 年 月 日      |
|  |               |    | コルセット装着日                 | 年 月 日        |              |
| 診療の期間  | 自 年 月 日       | 日間 | 診療に要し<br>た費用の額           | 金            | 円也           |
|  | 至 年 月 日       |    |                          |              |              |
| 療養の給付を<br>受けることがで<br>きなかつた理由                                   |               |    |                          |              |              |
| 第三者の行為に<br>よって負傷した<br>ものであるか否か                                 | ある<br>・<br>ない |    |                          | その事実の届出の有無   | ある ・ ない      |
|  |               |    | 第三者の氏名と住所<br>(不明のときはその旨) |              |              |
| 被扶養者に関する申請のとき  | 氏名            |    | 生年<br>月日                 | 昭<br>平 年 月 日 | 被保険者<br>との続柄 |
| 振込希望の銀行名   | 銀行            |    | 支店                       | (普通<br>当座)   |              |
| 上記のとおり申請します。<br>年 月 日 住所<br>被保険者の<br>氏名<br>三重県自動車販売健康保険組合理事長 様 |               |    |                          |              |              |

受付日付印

## 委任状

この請求金額の受け取り方を \_\_\_\_\_ に  
委任します。

年 月 日  
被保険者氏名印

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。

# 領収(診療)明細書

|      |        |           |       |          |            |
|------|--------|-----------|-------|----------|------------|
| 患者名  |        | 傷病名       |       |          |            |
| 診療期間 |        | 自 年 月 日   | 診療実日数 | うち入院した期間 | 自 年 月 日 日間 |
| 初診   |        | 時間外・休日・深夜 | 回     | 点        |            |
| 再診   | 再診     |           | ×     | 回        |            |
|      | 外来管理加算 |           | ×     | 回        |            |
|      | 時間外    |           | ×     | 回        |            |
|      | 休日     |           | ×     | 回        |            |
| 在宅   | 深夜     |           | ×     | 回        |            |
|      | 往診     |           | ×     | 回        |            |
|      | 夜間     |           | ×     | 回        |            |
| 指導   |        |           |       |          |            |
| 投薬   | 内服     | 薬剤        |       | 単        |            |
|      |        | 調剤        | ×     | 回        |            |
|      | 屯服     | 薬剤        |       | 単        |            |
|      | 外用     | 薬剤        |       | 単        |            |
| 調剤   |        | ×         | 回     |          |            |
|      | 処方     |           | ×     | 回        |            |
|      | 麻毒     |           | ×     | 回        |            |
|      | 調基     |           |       |          |            |
| 注射   | 皮下     | 筋肉内       |       | 回        |            |
|      | 静脈     | 内         |       | 回        |            |
|      | その他    |           |       | 回        |            |
| 処置   | 処置     |           |       | 回        |            |
|      | 薬剤     |           |       |          |            |
| 手術   | 手術・麻酔  |           |       | 回        |            |
|      | 薬剤     |           |       |          |            |
| 検査   | 検査     |           |       | 回        |            |
|      | 薬剤     |           |       |          |            |
| 画像   | 画像診断   |           |       | 回        |            |
|      | 薬剤     |           |       |          |            |
| その他  | 処方せん   |           |       | 回        |            |
|      | その他    |           |       |          |            |
|      | 薬剤     |           |       |          |            |
| 入院   | 病診衣    |           |       |          |            |
|      | 入院料    |           | ×     | 日間       |            |
|      | 入院時医学  |           | ×     | 日間       |            |
|      | 管理料    |           |       |          |            |
| 食事   | 基準     |           |       |          |            |
|      |        |           |       | 円 ×      | 日間         |
| 合計   |        | 点         |       | 薬剤一部負担金額 | 円          |

(注意事項)  
 1 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。  
 2 輸血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。

¥ \_\_\_\_\_

病院、診療所の名称及び所在地

上記のとおり領収(診療)いたしました  
 平成 年 月 日

所在地  
 名称  
 医師氏名  
 電話

