

No. _____

受 付 年 月 日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決 裁 年 月 日	年 月 日
支 給 額	療 養 費 円
	第二家族療養費 円
	一部負担還元金 円
	家族療養費付加金 円
支 給 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常 務 理 事	事 務 長	係	被 扶 養 者 照 合
資 格 取 得		年 月 日	
資 格 喪 失		年 月 日	
支 払 年 月 日		年 月 日	

事業所担当者

被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	被 保 険 者 が 勤 務 する (し て い た) 事 業 所 の	名 称 所在地	電 話 局 番
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 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	所在地	〒
	氏 名	及 び 電 話 番 号	
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入 院 期 間 自 至 年 月 日 年 月 日		コ ル セ ッ ト 着 装 日 年 月 日
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 至 年 月 日 年 月 日 日間	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額	金 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 大 臣 が 定 め る 療 養 を 含 む と き は そ の 旨			
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 の で き な か っ た 理 由	(詳 細 に 記 入 の こ と)		
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	氏 名	生 年 月 日 大 昭 平 令 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄
上 記 の と お り 申 請 し ま す 。 年 月 日 〒 _____ 住 所 被 保 険 者 の 氏 名 セイコー健康保険組合理事長 殿 電 話 ()			

(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

（ 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 深夜	円	注射	皮下注射・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲ ン ト		回 回 回
指導			処置 及 び 手 術	薬剤	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 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日）	その他		回
			合計		
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 〒 ー 住所 医師 氏名 電話 ()					

振 込 先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。※口座情報の反映には登録から数日を要します。 （利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 利用しない場合は下記の欄を記入して下さい。）				
		銀行・信金 信組・農協 労金・その他	普通・当座	口座番号	
	支店	店 番 号	フリガナ	口座名義	

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（診療）明細書を使用せず、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、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。