

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

被保険者等の記号・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	〒 所在地及び電話番号
	氏名	
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日 年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 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 ント		回 回 回
指導			処置 及び 手術		回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回		薬剤	回 回 回 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 〒 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、うえの領収（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、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。