

No. _____

記入例 ①

傷病用

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
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者等の 記号・番号	00-0000	被保険者が勤務する (していた)事業所の 所在地	名称 〇〇〇〇株式会社 〇〇県〇〇市〇〇町1	電話 000 局 0000 番
傷病名	盲腸炎	発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
発病又は負傷の原因	不明			
傷病の経過	外出先で腹痛と吐気があり、病院で診療を受けた			
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	〇〇〇〇病院	所在地及び電話番号	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 000-0000-0000
	氏名	〇〇 〇〇		
診療又は手当の内容	手術	入院期間	自 〇〇年〇〇月〇〇日 至 〇〇年〇〇月〇〇日	入院期間 至 〇〇年〇〇月〇〇日
診療又は手当を受けた期間	自 〇〇年 〇〇月 〇〇日 至 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に要した費用の額	金 〇〇〇〇 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) 外出先で具合が悪くなり、保険証を携帯していなかったため			
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
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日		被保険者の 氏名 健保 太郎 住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話 000 (000) 0000		
セイコー健康保険組合理事長 殿				

(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。

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 合計		回
	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 電話 （ ）				

振 込 先	<input checked="" 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。

No. _____

記入例② 装具用

靴型装具の場合は写真の添付が必要です。

下の「治療用靴型装具の写真について」をご参照ください。

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
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者等の 記号・番号	00-0000	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 所在地	〇〇〇〇株式会社 〇〇県〇〇市〇〇町1	電話 000 局 0000 番				
傷病名	左膝蓋骨脱臼		発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日					
発病又は負傷の原因	〇月〇日〇時頃、自宅階段で転落し、左足を脱臼した。								
傷病の経過	〇月〇日病院で診療を受けた。その後、脱臼を防ぐため、サポーターを付けて筋力トレーニングを継続中。								
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	〇〇 〇〇	所在地及び電話番号	〒000-0000					
	氏名	〇〇 〇〇		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 000-0000-0000					
診療又は手当の内容	装具装着		入院期間	自	年	月	日		
			コルセット装着日	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
診療又は手当を受けた期間	自	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に要した費用の額	金	〇〇〇〇〇	円也		
	至	〇〇年 〇〇月 〇〇日							
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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日									
セイコー健康保険組合理事長 殿				被保険者の 氏名 健保 太郎 住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話 000 (000) 0000					

(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。

記入例② 装具用

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		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		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 checked="" 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）

- 領収書を添付して下さい。
- 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。
- 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、「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。