

支給額	支払年月日	常務理事	事務長	係
	年 月 日			

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

提出日 平成 年 月 日

処 理 区 分	立替払等・治療用装具・その他
---------	----------------

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記 号 番 号	記 号 番 号	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	印	
	事業所名 所在地				
	申請が被扶養 者に関するも のであるとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
	傷 病 名	発病又負傷の 年月日	平成 年 月 日 (時頃)		
	発病又は 負傷の原因				
	診療を受けた病 院等の名称及び 住所	名 称 住 所	医師の氏名	Tel. - -	
	診療の期間 (支給期間)	自 平成 年 月 日から 至 平成 年 月 日まで	日間	入院 ・ 外来	
	入院の場合 入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	治療に要した 費用額	金 円也
	診療又は 手当の内容				
	健康保険を受 けることができ なかった理由				
医療助成について	1. 受けている () 2. 受けていない				
傷病が第三者 の行為による ときはその事 実並びに第三 者の住所氏名					

振 込 先 口 座	銀行コード	銀行名
	店番号	支店名
	預金種目	普通 当座
	口座名義	漢字 カタカナ

委 任 状	私は 平成 年 月 日に請求 した療養費、金 円也の受領方を委任します。	※受付印
	本人 住所 氏名	印
	代理人 住所 氏名	印
		印

宝グループ健康保険組合

領 収 書	金 円 也領収いたしました。
	平成 年 月 日 宝グループ健康保険組合理事長殿 氏名 印

領収（診療）明細書

患 者 名	傷 病 名
-------	-------

入 院 外		入 院	
初 診	時間外・休日・深夜	初 診	時間外・休日・深夜
再診	時間内 回数 時間外 回数 休日・深夜 回数	投薬	
往診	普通・難路 回数 夜間・暴風雨雪 回数 同、家屋 回数	注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数
指導		処置及び手術	回数
投薬	内服 回数 屯服 回数 外用 回数 調剤 回数	材料 麻酔 薬剤	回数
注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数	検査	
検査	回数	レントゲン	透視 回数 造影剤 回数
レントゲン	透視 回数 造影剤 回数	その他	
処置及び手術	回数	入院	1月未満 日間 (日～日) 1月～3月未満 日間 (日～日) 3月以上 日間 (日～日) 給食の有・無
その他			
合計	円		円

上記のとおり領収（診療）いたしました。
平成 年 月 日
住所
医師の 氏名 印

添付書類 ・ 立替払をした医療の請求の場合 領収証
 ・ コルセット等の治療用装具費用の請求の場合 医師の意見書、装具装着証明書、領収証