

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 令和 1 年 5 月 27 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 と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 1000	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	宝 純太郎 印 昭・平・令 40 年 8 月 7 日
	事業所名 所在地	宝酒造株式会社 京都市下京区四条通烏丸東入		
	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
		宝 松子	昭・平・令 42 年 5 月 10 日	妻
	傷 病 名	左膝内側靭帯損傷	発病又負傷の 年月日	令和 1 年 5 月 15 日 (15 時頃)
	発病又は 負傷の原因	自宅近くの公園で子供と遊んでいて転倒した		
	診療を受けた病 院等の名称及び 住所	名 称 一刻整形外科	医 師 の 氏 名	一刻 太郎
		住 所	京都市下京区××××町5-9	
	診療の期間 (支給期間)	自 至	令和 1 年 5 月 19 日から 令和 1 年 5 月 19 日まで	1 日間 入院 外来
	入院の場合 入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	治療に要した 費用額	金 25,000 円也

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

通常、給料とともに支払うので、この欄は記入不要

委 任 状	私は した療養費、金	を代理人と定め令和 年 月 日に請求 円也の受領方を委任します。	※受付印
	本人 住所	京都市下京区××××町111-11	
	代理人 住所	氏名 宝 純太郎 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。
	令和 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 時間外 休日・深夜	投 薬	
往 診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家 屋	注 射	皮下筋肉内 静脈内
指 導		処 置 及 び 手 術	材料 麻酔 薬剤
投 薬	内服 屯服 外用 調剤	検 査	
注 射	皮下筋肉内 静脈内	透 視 造影剤	
検 査		レ ン ト ゲ ン	
レ ン ト ゲ ン	透 視 造影剤	そ の 他	
処 置 及 び 手 術	材料 麻酔 薬剤	入 院	1 月未満 1 月～3 月未満 3 月以上 給食の
そ の 他			日間 (日～日) 日間 (日～日) 日間 (日～日) 有・無
合 計			

上記のとおり領収（診療）いたしました。	
令和 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
・コルセット等の治療用装具費用の請求の場合

領収証
医師の意見書、装具装着証明書、領収証
写真（靴型装具の場合は必須）