



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱 者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成 年 月 日					
支給額	拾万 万 千 百 拾 円					
支 給 内 訳	法 定 款 項 目	拾万 万 千 百 拾 円	資 得	年 月 日	療 始	年 月 日
	付 加		格 喪	年 月 日	養 終	年 月 日
支 給 種 目	請 求 査 定	種 目 請 求 査 定	種 目 請 求 査 定	種 目 請 求 査 定	種 目 請 求 査 定	種 目 請 求 査 定
初 診	円	注 射	円	円	円	円
再 診		検 査				
往 診		処置及び手術		合 計		
投 薬				一部負担		

**被 保 険 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書** (第 回 目)

健康保険

◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	④ 生 年 月 日	⑤被扶養者番号	⑥給付記録番号	⑦受 取 代理人	⑧ 受 付 年 月 日
	①	②	③	1:明 3:大 5:昭 7:平	※	※
	⑨被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ)	事業所の ⑩	⑪ 所在地		
	⑪被保険者の (申請者) 住 所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
	⑪住所コード	※		( )		
	療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑫ 氏名	⑬ 生年 月 日	⑭ 年 月 日生	⑮ 被 保 険 者 との 続 柄	
	⑯ 傷病コード	※	⑰ 傷病名		⑱ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	
	⑲ カ ナ	※				
	⑲ 発病又は負傷の原因及びその経過				⑳ 第三者行為によるものですか	
					0:いいえ 1:はい	
	診 療 を 受 け た 病 院 等	⑲ 名 称	⑲ 所在地	⑲ 診 療 し た 医 師 氏 名		
	⑲ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 年 月 日	⑲ 日 数	⑲ 入 院 ・ 入 院 外 の 別	⑲ 入 院 の 場 合 左 記 の 入 院 期 間	⑲ 診 療 に 要 し た 費 用 の 額
		至 年 月 日		0:入院外 1:入院	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間	円
	⑲ 診 療 の 内 容			⑲ 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由		

※ 療 養 費 の 別	1. 立替払い等	⑲ 療 養 の 原 因 (コード)		⑲ 施 術 回 数	回
	2. 治療用装具	⑲ 治 療 用 装 具 (コード)	⑲ 支 給 種 別	1 初 回 支 給 2 補 修 3 再 支 給	⑲ 装 着 日 年 月 日
	3. 生 血	⑲ 輸 血 回 数			回
	(21) 支 給 回 数	(22) 支 給 算 出 額	(23) 調 整 減 額 コード	(24) 調 査 先 コード	(25) 海 外 表 示
	回	円			0:国 内 1:海 外
					(26) 特 別 支 給 コード
					(備 考)

平成 年 月 日 提出

事 業 所 担 当 者 印	領 金	円也領収いたしました。
	収	平成 年 月 日
	書	三菱製紙健康保険組合理事長殿
		氏 名 ⑲

※ 受付日付印

支払金融機関の欄	(27) 支払区分	※ 振込	(29) 預金種別	普通	(30) 銀行 金庫 農協	本店	
	(28) 金融機関コード	※		口座名義(か)			支店
	(31) 口座番号						

受取代理人の欄	(タ) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	平成 年 月 日					
	被保険者 住所 (申請者) 氏名					
	(33) 代理人の氏名と印	(フリガナ)			(チ) 委任者と代理人との関係	
代理人の住所	(32) 郵便番号		〒	(フリガナ)		
	(33) 住所コード	※				

### 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	内服 外用
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	注射	皮下筋肉内 静脈
指導		処置及び手術	材料 麻酔剤
投薬	内服 外用 外用調剤	検査	レントゲン
注射	皮下筋肉内 静脈内	その他	透視 造影剤
検査		入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有・無
レントゲン	透視 造影剤	合計	
処置及び手術	材料 麻酔剤	合計	
その他			
合計	円	合計	円

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を記し、「診療領収書」として所定の事項を記入して下さい。  
(添付書類についての注意)  
(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。  
(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。  
(3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費」についての領収証書をつけて下さい。  
(4) 海外における療養費の申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけて下さい。  
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

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