

被保険者
家族

療養費支給申請書

常務理事	事務長	係

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

下記により療養費を申請します。

平成 年 月 日提出

注意

2. 1.

輸血に関する申請のときは、輸血を必要と認めた医師の証明書と輸血代金の領収書を添付して下さい。
 コルセット・ギブス等に関する申請のときは、それらの装着が治療のため必要と認めた医師の証明書と装着具の領収書を添付して下さい。

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名			㊦
療養対象者の氏名		療養対象者の生年月日	昭平 年 月 日生	被保険者との続柄	
傷病名		発病または負傷年月日	平成 年 月 日	負傷発病の原因	
疾病または負傷の経過		診療または手当の内容	裏面明細書記載のとおり		
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所薬局の住所氏名		療養の給付を受けることができなかった理由			
診療薬剤の支給または手当の期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日間	診療薬剤の支給または手当を受けた費用の額	金	裏面明細書記載のとおり 円
支給額算出					

支給決定	支給期間		支給額
	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	円
	(日間)		

台帳照合	台帳記入

振込金融機関名	預金種別	口座番号	受取人名	
銀行 信用金庫 その他	普通		フリガナ	
	当座			
支店				

「健康保険組合からのお願い」

三井住友銀行に口座をお持ちであれば、振込手数料削減のため、上の欄に三井住友銀行〇〇支店とご記入頂ければ幸いです。ただし、三井住友銀行に口座をお持ちでない方はご指定の金融機関にお振込させていただきます。

領収(診療)明細書

傷病名		初診年月日				平成 年 月 日				診療期間		自平成 年 月 日		至平成 年 月 日		転帰				
										種別	回数	金額	内容	種別	回数	金額	内容	治療	繰越	中止
診	初診	回数	単価	金額	円	組合査定	円	処置	手術	X線透視	線撮影	検査	その他	入院	合計	金額	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	円	
	再診	回数	単価	金額																円
察	往診																			
投	内服																			
	頓服																			
薬	外用																			
	注射																			
射	皮下筋肉																			
	静脈																			
動脈																				

上記のとおり領収(診療)しました

平成 年 月 日

殿

医師

氏名

住所

㊞

- (1) 投薬、注射は薬品名、単価、用量を記入して下さい。
- (2) 処置は患部の大きさを記入して下さい。
- (3) 手術は手術名および手術開始時間を記入して下さい。
- (4) X線撮影は使用したフィルムの大きさを記入して下さい。