

同年月日	年	月	日
支給決定伺			
常務理事	事務長	業務課長	係員

支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(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」のほかにこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	.		事業所の名称	
傷病名			傷病又は 負傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
診療を受けた 医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称	所在地	医師 氏名	
診療の内容			入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日
診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療に要し た費用の額	金 円也
療養の給付を 受けることがで きなかつた理由				
第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	ある		その事実の届出の有無	ある ・ ない
	ない		第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年 月日	昭 平 年 月 日 被保険者 との続柄
振込希望の銀行名	銀行		支店 (普通 当座)	(名義人)
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 印 三重県自動車販売健康保険組合理事長 様				

受付日付印

委任状

この請求金額の受け取り方を _____ に
委任します。

年 月 日
被保険者氏名印

印

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。

領収（診療）明細書

患者名		傷病名				
診療期間		自 年 月 日	診療実日数	うち入院した期間	自 年 月 日 日間	
初診		時間外・休日・深夜	回	点		
再診	再診	×	回			
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日	×	回			
在宅	深夜	×	回			
	往診	×	回			
	夜間	×	回			
指導						
投薬	内服	薬剤 調剤	×	単	回	
	屯服			単		
	外用	薬剤 調剤	×	単	回	
				処方		回
	麻毒調基	×	回			
注射	皮下筋肉内			回		
	静脈内			回		
	その他			回		
処置	処置			回		
手術	手術・麻酔			回		
検査	検査			回		
画像	画像診断			回		
その他	処方せん その他薬剤			回		
入院	病診衣					
	入院料	×	日間			
	入院時医学 管理料	×	日間			
	その他					
合計		点		薬剤一部負担金額	円	

（注意事項）
 1 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
 2 輸血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、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

〒 _____

病院、診療所の名称及び所在地

上記のとおり領収（診療）いたしました
 年 月 日

所在地
 名称
 医師氏名
 電話

