

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	

支給期間	自	年 月 日
	至	年 月 日
		日間

支給支払決議書				
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
支払年月日	年 月 日			

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証の 記号・番号	—		被保険者が勤務 する(してい た)事業所の	名称	
				所在地	
傷病名				発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					
診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称			所在地及び電話番号	電話 ()
	氏名				
診療又は 手当の内容				入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日
				コルセット装着	年 月 日
診療又は手当 を受けた期間	自	年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 円也
	至	年 月 日			
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨					
療養の給付又は 特定療養費もく くは家族療養費 の支給を受ける ことができな かった理由					
第三者の行為に より負傷である とき	その事実 と届出 の有無			加害者の氏名	
				加害者の住所	
被扶養者に 関する申請の とき	氏名			生年月日	年 月 日
					被保険者 との続柄
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店		普通 当座	号	郵便局

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者の
氏名

藤倉コンポジット健康保険組合理事長 殿

領 収 (診 療) 明 細 書

(月 日から 月 日までの分)

患 者 名		職務上 の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外	円	注射	皮下筋肉内・静脈内	回
	休日 深夜			その他	回
再診	再診	回	検査	薬 剤	回
	時間外	回			回
	休日	回			回
	深夜	回			回
往診	普通	回	レント ゲン		回
	夜間	回			回
	深夜・暴風雨雪・難路	回			回
指導			処置及び手術		回
投薬	内服	単位			回
	頓服	単位			回
	外用	単位			回
	調剤	単位			回
	調基	回		薬 剤	回
入院	1月未満	日間 (日～ 日)	その他		回
	1月～3月未満	日間 (日～ 日)			
	3月以上	日間 (日～ 日)	合計		
	給食の有無				
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 住 所 医 師 氏 名					

(注意事項)
 3 2 1
 歯科診療に領収書を発行する場合、別紙「診療明細書」を作成し、領収書の裏面に貼付して提出して下さい。また、領収書の発行に際しては、診療明細書の作成と併せて、「診療明細書」を作成し、領収書の裏面に貼付して提出して下さい。なお、領収書の発行に際しては、診療明細書の作成と併せて、「診療明細書」を作成し、領収書の裏面に貼付して提出して下さい。

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名				
振込希望の名	銀行	支店 (普通・当座 NO.)	郵便局		

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 藤倉コンポジット健康保険組合 殿 受領者の 住所 氏名				
-----	--	--	--	--	--