

## 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

事業所の名称			被保険者証の 記号・番号			
傷病名			発病又は負傷の 原因			
発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日		診療又は手当てに 要した費用の額	円		
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・住所	名称			所在地		
	氏名			住所		
診療の内容						
診療又は手当を 受けた期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 日間					
保険医又は保険者 の指定する者に療 養を受けることが できなかった理由						
第三者行為によ る負傷である とき	その事実と届出の有無					
	氏名			住所		
申請者が被扶養 者に関するとき	氏 名			生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続 柄
備 考	(被保険者証記号・番号に代えて、個人番号で届け出る場合はこの欄に記入してください)					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>ニチアス健康保険組合 理事長 殿</p>						

## 領収（診療）明細書

⑨すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」としてください。

患者名		業務上外 の別	上/外・乗船中発病・下船中発病	傷病名	
初診	時間外			皮下筋肉内	回
	休日		注 射	静脈内	回
	深夜	円		その他	回
再診	再診		回		回
	時間外		回	検 査	回
	休日		回		回
	深夜		回	薬剤	回
往診	普通		回	レント	回
	夜間		回		回
	深夜・暴風雨雪・難路		回	ゲ ン	回
指 導					
投 薬	内服		単位	処 置	
	頓服		単位	及 び	回
	外用		単位	手 術	
	調剤 調基		単位 回	薬剤	回
入 院	1月未満		日間	( 日～ 日)	
	1月～3月未満		日間	( 日～ 日)	
	3月以上		日間	( 日～ 日)	
	給食の有無		有・無		
その他					
合 計					

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

医師 住所

氏名

⑨

振込銀行名	銀行	支店	受付日付印	支払日付印
預金口座番号	普通No.			
口座名義	ワガナ			