

支給額	円			
支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
日間				
支給支払決議書				
常務理事		担当		
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
支払年月日	年 月 日			

(第 回目)

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

年 月 日

極東開発健康保険組合 理事長殿

住所

被保険者

氏名

下記のとおり領収書添付のうえ申請します。

被保険者証の記号と番号	記号	番号	事業所の名称
傷病名	発病または負傷の年月日 年 月 日		
発病または負傷の原因			
傷病の経過	入院中	通院加療中	治癒 中止
手当てを受けた病医院の名称	所在地		
手当てを受けた医師の氏名	電話番号 () -		
診療の内容			
診療を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	診療に要した費用の額	金 円 也
保険医又は保険医の指定する者に療養を受けることができなかった理由	1. 装具製作所が保険契約がないため 2. 被保険者証を持たずに受診したため 3. やむを得ず保険医以外の医療機関にかかったため 4. その他()		
第三者の行為の有無	1. 有 2. 無	届出の有無	1. 有 2. 無
申請者が被扶養者に関するときは	氏名	生年月日	年 月 日 被保険者との続柄

委任状	(氏名) 表記請求金額の受領を (事業所名又は住所)
	に委任します。 年 月 日 (被保険者氏名)

[注意事項]

1. コルセット、ギプスなどの装具、義肢、輸血等に関する申請のときは、装具等の領収書、医師の意見書もしくは証明書(いずれもコピー不可)を添付してください。
2. 自費で診療した場合には、領収証(診療内容及び保険点数のわかるもの。コピー不可)を添付してください。
この用紙の「領収(診療)明細書」欄に診療内容を明記し、医師の証明を得たものでもかまいません。
3. 傷病が、第三者行為によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」が必要です。
4. 海外で診療を受けた場合は、別の用紙で申請してください。
5. 療養費の受取を第三者に委任する場合は、「委任状」欄に記載、捺印してください。
6. 9歳未満の小児弱視等の治療で眼鏡等を作成したときは、検査結果も添付してください。
医師による眼鏡等の作成指示書に検査結果が記入されている場合は、省略できます。

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
初診	時間 外夜 円	注射	皮下・筋肉内 回 静脈内 回
再診	時間 内 回 時間 外 回 深 夜 回	検査	
往診	普通・難路 回 夜間・暴風雨雪 回 同一家屋 回	レントゲン	透視 回 造影 回
指導		処置及び手術	回 回
投薬	内服 回 頓服 回 外用 回 調剤 回	材料 回 麻薬 回 酔剤 回	回 回
入院	1月未満 日間(日~日) 1~3月未満 日間(日~日) 3月以上 日間(日~日) 給食の有無	その他	点
院		合計	円
上記の通り領収(診療)いたしました。			
年 月 日		住所	
		医師	
		氏名	

振込口座	金融機関名	銀行 金庫 信組	支店名	支店	口座番号・種類	普通・当座()
	フリガナ 振込口座名義					

支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
受付決定	年 月 日
支給支払決議書	常務理事 担当
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日

(第 1 回目)

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

令和 元 年 5 月 8 日

極東開発健康保険組合 理事長殿

住所 兵庫県尼崎市水堂町2丁目40番5号

被保険者

氏名 極東 太郎

下記のとおり領収書添付のうえ申請します。

被保険者証の記号と番号	記号 100	番号 10001	事業所の名称	極東開発工業株式会社
傷病名	右膝靭帯損傷		発病または負傷の年月日	平成 31 年 4 月 27 日
発病または負傷の原因	学校の部活動(サッカー)中、他の選手との接触を避けた際に捻った			
傷病の経過	入院中	通院加療中	治療	中止
手当てを受けた病医院の名称	けんぽクリニック	所在地	兵庫県尼崎市立花町1-23	
手当てを受けた医師の氏名	立花 一郎	電話番号	(06) 1234-5678	
診療の内容	消炎鎮痛措置等 器具等購入の場合は、領収証の日付を記載してくだ			
診療を受けた期間	自平成 31 年 4 月 27 日	至平成 31 年 4 月 27 日	診療に要した費用の額	金 12,300 円也
保険医又は保険医の指定する者に療養を受けることができなかった理由	1. 装具製作所が保険契約がないため 2. 被保険者証を持たずに受診したため 3. やむを得ず保険医以外の医療機関にかかったため 4. その他()			
第三者の行為の有無	1. 有 2. 無	届出の有無	1. 有 2. 無	
申請者が被扶養者に関するときは	氏名 極東 翔平	生年月日 平成 15 年 5 月 15 日	被保険者との続柄	長男

委任状	(氏名) 表記請求金額の受領を (事業所名又は住所) に委任します。 (被保険者氏名)
-----	---

金額受領は会社からとなりますので、被保険者様の署名及び事業主の証明が必要と

[注意事項]

1. コルセット、ギプスなどの装具、義肢、輸血等に関する申請のときは、装具等の領収書、医師の意見書もしくは証明書(いずれもコピー不可)を添付してください。
2. 自費で診療した場合には、領収証(診療内容及び保険点数のわかるもの。コピー不可)を添付してください。
この用紙の「領収(診療)明細書」欄に診療内容を明記し、医師の証明を得たものでもかまいません。
3. 傷病が、第三者行為によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」が必要です。
4. 海外で診療を受けた場合は、別の用紙で申請してください。
5. 療養費の受取を第三者に委任する場合は、「委任状」欄に記載、捺印してください。
6. 9歳未満の小児弱視等の治療で眼鏡等を作成したときは、検査結果も添付してください。
医師による眼鏡等の作成指示書に検査結果が記入されている場合は、省略できます。

領収(診療)明細書

患者名	傷病名	初診	時間 外夜	円	注射	皮下・筋肉内 回 静脈内 回
再診	時間 内夜	回	検査	回		
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	回	レントゲン	回	透視 回 造影 回	
指導			処置及び手術	回		
投薬	内服 頓服 外用 調剤		材料 麻酔 剤	回		
入院	1月未満 日間(日~日) 1~3月未満 日間(日~日) 3月以上 日間(日~日) 給食の有無	その他				
院		合計				点 円

上記の通り領収(診療)いたしました。

年 月 日 住所 氏名 医師 (印)

振込口座	金融機関名 銀行 金庫 信組	支店名 支店	口座番号・種類 普通・当座()
	フリガナ 振込口座名義		

申請時に資格喪失している方のみ記入してください。