

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
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	事務長	係長	係員
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 療養費支給申請書 (第 回目)  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の 名称	所在地	〒	電話	局番	番
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	〒			
	氏名		電話番号				
診療又は手当の内容	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日						
診療又は手当を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円也		
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、その他厚生労働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し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							
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無		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	昭 年 月 日	明 大 平	被保険者との続柄	
振込希望の銀行	銀行 支店 { 普通 第 号 } 口座名義						
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿							

〔注意事項〕  
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、(医師の証明書)のほか、これに要した費用の(領収書)を添付して下さい。

### 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 休日 深夜	円	注射 皮下筋肉内・静脈内 回 その他 回
再診	再診時間 休日 深夜	回 回 回	検査 薬剤 回 回 回
往診	普通 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲン ント 回 回 回
指導			処置及び手術 薬剤 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単	薬剤 回 回 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	その他 合計	回
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			

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事。 被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名
振込希望の銀行	銀行 支店 { 普通 第 号 } 口座名義

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 富山県自動車販売店健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名
-----	--

〔注意事項〕  
1. 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)として下さい。  
2. 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。  
3. 輸血及びコルセット等治療用器具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。