

支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

受付年月日	年 月 日			
ニチレイ健康保険組合検印欄				
常務理事	事務長	係		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

記号	番号	事業所名(会社名)		
		所属部署		
被保険者氏名	氏名			電話番号
対象者	氏名		昭和 年 月 日 平成 年 月 日	被保険者との続柄
傷病名				発病又は負傷の年月日 平成 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
	氏名			
診療又は手当の内容				
診療期間等(外来・入院どちらかに○)	外来・入院	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
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のできなかった理由	1. 前の保険(前職の健康保険、国民健康保険など)を使用し、全額負担したため 2. 保険証を持参せず、全額負担したため 3. その他()			
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				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	事実	有・無	加害者の氏名
		届出	有・無	加害者の住所
振込希望の銀行 ※在職者は給与に上乗せして支払います	銀行 支店 普通・当座 ()			
上記のとおり申請します。 年 月 日 円 一 住所 被保険者の 健康保険組合理事長 殿 氏名 印				

(添付書類)

①領収書(原本)

②診療報酬明細書(医療機関、または前健保発行のもの)

※②が発行されないときは、別紙「領収(診療)明細書」に証明をもらって下さい。

領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名		職務上の理由	職務上・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下注射・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	薬剤	回 回 回 回
往診	往診 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回		薬剤	回 回 回 回
入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上	日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日）	その他		回 回
食事		円× 日間 円× 日間 円× 日間	合計		
上記のとおり領収（診療）いたしました。					
年 月 日					
〒 ー					
住所					
医師					
氏名					
印					

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（診察）明細書を使用せず、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装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、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
4. コルセット等治療用装具に関する申請の時は、別途療養費支給申請書（治療用装具）の申請書を提出してください。