

支給年月日	令和	年	月	日
支 給 額	¥			円
支 給 期 間	自平成	年	月	日
	至平成	年	月	日
				日間

決 定	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者	

令和 元 年 5 月 30 日

住 所 山口県〇〇市〇〇1-2-3

氏 名 健 保 太 郎

被保険者証の 記号と番号	記号 628	番号 000000	事業所名	〇〇産業		
資格取得	令和元年 5 月 1 日		資格喪失	年 月 日		
申請が被扶養者 に関するときは	氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
傷病名	左足首骨折		発病または 負傷の年月日	令和 元 年 5 月 2 日		
発病または 負傷の原因	初詣の途中転倒		傷病の経過	1月3日入院治療1月20日退院 1月21日より通院治療		
診療を受けた 医療機関	名称 〇〇病院	医師名 △△△△	所在地	山口県〇〇市〇〇		
診療の内容	1. 診療	療養の給付を 受けられなかった理由		添 付 書 類	●領収書および診療明細書 ●マッサージのときは領収書 および診療明細書ならびに 医師の施術同意書	
	② 治療装具を装着したとき 下肢装具を装着		領収書および医師の証明			
診療を受けた 期間	自令和 元 年 5 月 3 日 25 日間 至令和 年 5 月 28 日		診療に要した 費用の額	金	50,000	円也
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		氏 名			
			住 所			

委任状	表記請求金額の受領を	〇〇産業(株)	に委任します
		令和 元 年 5 月 30 日	
		被保険者氏名	健保 太郎

受 付 日 付 印

領収（診療）明細書

患者名		傷病名		
初診	時間外 深夜	円	注射 皮下・筋肉内 静脈内	回 回
再診	時間内 時間外 深夜	回 回 回	検査	
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	回 回 回	レントゲン 透視 造影剤	回 回 回
指導			処置及び手術 材料 麻酔剤	回 回 回 回
投薬	内服 一剤 二剤 外用 調剤			
入院	1月未満	日間（日～日）	その他 合計	
	1月～3月未満	日間（日～日）		
	3月以上	日間（日～日）		
	食事の有無			
上記のとおり領収（診療）いたしました				
年 月 日				
名称				
医療機関 住所				
医師名				

（備考）すでに領収証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。

- （添付書類についての注意）
- 次の場合にはうえの領収明細書は必要ありません。
- 1. 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけて下さい。
 - 2. 歯科診療に関する申請のときは別の領収書をつける。
 - 3. コルセット、ギプス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
 - 4. はり、きゅう、マッサージのときは、領収書と保険医の同意書を添付。

受付日付印