

被保険者  
被扶養者

# 療養費支給申請書

(第 回目)

(注意事項)  
靴型の治療用装具の場合は、当該装具の写真(本人が実際に装着する現物であることが確認できるもの)の添付が必要になります。  
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、『医師の証明書』のほかこれに要した費用の『領収書』の正を添付してください。

保険証 記号番号	記号	番号	所属名				
傷病名							
発病または 負傷年月日	年 月 日						
診療を受けた 医療機関	名称		住所	〒			
医師の氏名							
発病の原因 および経過	1. 病気 (原因および経過を記入してください。) 2. ケガ						
診療を受けた期間	自	年	月	日	日間	診療に 要した 費用の額	円
上記のうち 入院していた場合 はその期間	至	年	月	日	日間		
診療の内容							
申請の理由	1. 資格取得して間がなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 治療用装具、弾性ストッキング、治療用メガネ等を作成したため 4. その他の理由 ( )						
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						
被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	年	月	日	被保険者 との続柄
※任意継続・臨時社員・資格喪失(退職)者は下記に振込先を記入してください。それ以外の方は、給与第一口座に振り込まれるため不要です。 ※マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は、公金受取口座にチェックを入れて下さい。							
振込先	金融機関				本店名		
	預金種別		口座番号			口座名義 (カタカナ)	
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 (口座情報の反映には登録から数日を要します。)						
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 〒 (住民票) 被保険者の 氏名 四電工健康保険組合理事長 殿							

# 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
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	その他	回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲン ト	薬剤	回 回 回
指導			処置及び手術	薬剤	回 回 回 回
投薬	内服 頓服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 単位			
入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間（日～日） 日間（日～日） 日間（日～日）	その他		回
			合計		
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					

（注意事項）  
 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。  
 3 2 1 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。  
 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、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した 被保険者 _____ 療養費のうち _____ 被扶養者 _____ 円也の受領に関すること。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 〒 _____ (住民票) 被保険者の 氏名 _____ _____ 〒 住所 _____ 代理人の 氏名 _____				
	※委任する場合は、公金受取口座を利用できません。				

振込先	金融機関		本支店名	
	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	