

支給・支払決議書	同年月日	年月日	常務理事	事務長	担当者
	決裁年月日	年月日			
	支払年月日	年月日			
支給額 ¥	資格取得日	年月日	前	始	年月日
	資格喪失日	年月日	回	終	年月日
請求額	一部負担金	支給決定額	療養開始	年月日	
			療養終了	年月日 日間	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家族

(第 回日)

記入上の注意

イ、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、⑦⑧⑨⑩⑪は、そのように読み替えて記入して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号と番号	—	②事業所の 名称と所在地				
	③傷病名			④発病又は負傷 の年月日	年月日	(負傷の場合は 時頃)	
	⑤発病又は 負傷の原因						
	⑥傷病の経過						
	⑦診療を受けた 病医院の	名称		所在地			
	⑧診療に従事 した医師の	氏名		住所			
	⑨診療の内容						
	⑩診療の期間	自 年月日	至 年月日	日間	⑪診療に要 した費用の 額	金 円也	
	⑫療養の給付を 受けることが できなかった 理由						
	⑬第三者の行為 によって負傷 したものであ るか否か	あ る ・ な い	⑭第三者の行為 によって負傷 したときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い		
	⑮申請が被扶養 者に関する ときはその者の 備考	氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年月日	被保険者 との続柄
	(個人番号を記載したい方は備考欄に記載できます)						
	上記のとおり申請いたします。 年月日 住所 被保険者の 氏名 ㊟ ジャックス健康保険組合 理事長 殿						
	振込 銀行	銀行 信用金庫		本店 支店	----- 受付日付印		
	種目・番号	普通・当座	口座番号				
フリガナ							
口座の 名義人							

[正確に「フリガナ」をふって下さい。]

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	円	円
再診	時間内 時間外 休日・深夜	回 回 回	注射 皮下筋肉内 静脈内
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	回 回 回	
指導			処置及び手術
投薬	内服 頓服 外用 調剤		材料及び手術 材料 麻酔 薬剤
注射	皮下筋肉内 静脈内	回 回 回	検査
検査			レントゲン
レントゲン	透視 造影剤	回 回 回	その他
処置及び手術	材料及び手術 材料 麻酔 薬剤	回 回 回 回	入院
その他			1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有・無
合計			合計
上記のとおり領収（診療）いたしました。			
年 月 日			
住所 医師の 氏名			

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。
（添付書類についての注意）

（1） 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。

（2） 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」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。

（3） コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病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） 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。

なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

⑩