

受付年月日 令和 年 月 日

信 決

**記入例 ●被保険者(本人)が自費で医療機関にかかった場合**

**※診療月ごと、医療機関ごとに記入**

支 払 期 間 至 令和 年 月 日 支 払 年 月 日 令和 年 月 日

記号

番号

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者の 記号・番号	10 第 1234 号	被保険者が勤務する (していた)事業所	名称 所在地	サクサ株式会社 〒108-8050 東京都港区白金1-17-3	電話	03-1234-5678
傷病名	急性腸炎					
発病又は 負傷の原因	食あたり					
傷病の経過	良好					
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	□□□クリニック		所在地 及び電 話番号	〒111-1234 東京都千代田区〇〇 1-4-20	
	氏名	□△〇 一郎				
診療又は 手当の内容	診察及び投薬					
診療又は手当 を受けた期間	自令和 〇 年 〇 月 〇 日 至令和 〇 年 〇 月 〇 日	1 日間	入院期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	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 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨	受診の際支払った額					
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 ことができなかつ た理由	資格取得届提出中だったため					
第三者の行為に よる負傷である とき	第三者の行為による負傷の場合は、第三者行為による傷病届の届出が必要です					
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	該当せず	生年月日	昭・平 令	該当せず	被保険者 との続柄
振込希望の銀行 又は郵便局名	在職者の方は事業主を通して支給となるので記入不要です					
上記のとおり申請します。						
令和 6 年 10 月 6 日						
住所 〒 000-0000 東京都〇〇区△△町1-2-3 氏名 △△ 太郎						
サクサ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」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日以内・通勤災害	傷病名
受診した医療機関で、診療報酬明細書を発行してもらってください			
指導	処置	回数	回数
投薬	内服	単位	
①診療報酬明細書 ②領収書 を添付してください			
※原本添付			
令和 年 月 日			
社会保険事務担当者氏名		住所 〒	氏名

私は 令和 6 年 10 月 6 日 請求した 被保険者 療養費のうち 円也の受領に関すること。

を代理人と定め、次の権限を委任する。

被扶養者

令和 6 年 10 月 6 日

被保険者の住所 〒 000-0000  
東京都〇〇区△△町1-2-3  
△△ 太郎

代理人の住所 〒

会社住所・会社名および社会保険事務担当者の方を記入願います

振込希望の銀行 又は郵便局名 記入不要です 支店(普通当座 第 号) 郵便局

任意継続被保険者の方は記入不要です

(注意事項)  
1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の文字を消して「診療明細書」として下さい。  
2. 歯科検診の場合は、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装具に関する申請のときは、「浴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。