※この欄は記入しないでください。														
支給決議書	伺年月日	年　月　日							常務理事	事務長	課　長	担当者		
	支給額	百	十	万	千	百	十	円						
	支給期間	年　月　日 年　月　日　日間							コルセット装着日	年　月　日				
	資　格	取　得	年　月　日						支給区分	義務教育就学前　・　一　般 高齢　7　・　8　・　9　割				
		喪　失	年　月　日											

被保険者
家　族

療養費支給申請書

第　回

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号		番号		② 被保険者氏名	㊞	③ 生年月日　年　月　日
	④ 現住所	〒　－ TEL　(　)					
	⑤ 被保険者が勤務する(していた)事業所	名　称					
		所在地 TEL　(　)					
	⑥ 傷　病　名			⑦ 発病または負傷の日	年　月　日		
	⑧ 発病または負傷の原因および経過						
	⑨ 診療を受けた病院または診療所	名　称		診療をした医師の氏名			
		所在地 TEL　(　)					
	⑩ 診療の内容	入院期間：自　年　月　日～至　年　月　日					
	⑪ 診療の期間	年　月　日 年　月　日　日間		⑫療養に要した費用の額	円		
	⑬ 装具等の装着について指示を受けた日	年　月　日		⑭ 装具装着日	年　月　日		
	⑮ 保険診療を受けられなかった理由						
	⑯ 負傷状況（ケガの場合）詳しくご記入ください	負傷場所(住所等)					
		負傷したときの状況					
	⑰ 被扶養者に関する申請	被扶養者の氏名		生年月日	年　月　日	続柄	
	⑱ 受取金融機関	銀行名	支店名	口座番号	口座名義人(フリガナ)		
		銀行・信金 信組・農協	本　店 支　店	普通　・　当座			

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

年　月　日 提出

支払済印　　受付印

※輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、「医師の証明書」の他、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

千葉県自動車販売整備健康保険組合

領収（診療）明細書

（　年　月　日から　月　日までの分）

患者名		生年月日　年　月　日	傷病名		診療実日数	転帰		
					日	治癒	死亡	中止

診察料	初診	時間外・休日・深夜		円
	再診	時間内	回	円
		時間外	回	
		休日	回	
		深夜	回	
	往診	普通	回	円
		夜間・難路	回	
		暴風雨雪	回	
		同一家屋	回	
指導料			回	円
投薬料	内服		単位	円
	屯服		単位	
	外用		単位	
	調剤		単位	
	調基		回	
注射料	皮下筋肉内		回	円
	静脈内		回	
	その他		回	
画像診断・検査料			回	円
			回	
	透視		回	
	造影剤		回	円
処置・手術料			回	
			回	
	材料		回	
	麻酔		回	
	薬剤		回	
入院料	自　月　日～至　月　日　日間			円
	食事		日間	
	無食		日間	
	その他(　)		日間	
	入院年月日			
その他				円
合計				円

上記のとおり領収(診療)いたしました。　年　月　日

医療機関所在地　TEL　(　)

医療機関名

医師の氏名　㊞

（注意事項）

1. 領収(診療)明細書の右側余白に薬剤及び注射薬の名称及び数量を記入してください。
2. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の文句を消して、「診療明細書」としてください。
3. 歯科診療の場合は、別に領収明細書を作成してください。
4. 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」を交付してください。
   この場合、うえの領収(診療)明細書の記入の必要はありません。