支給額		支払年月日	常務理事	事務長		係
		年　月　日				

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

提出日　令和　　年　　月　　日

処理区分	立替払等 ・ 治療用装具 ・ その他

被保険者が記入するところ	被保険者等記号番号	記号		被保険者の（申請者）氏名と生年月日	印 昭・平・令　　年　　月　　日
		番号			
	事業所名所在地				
	申請が被扶養者に関するものであるとき	氏名		生年月日	続柄
				昭・平・令　　年　　月　　日	
	傷病名			発病又負傷の年月日	令和　　年　　月　　日（　　時頃）
	発病又は負傷の原因				
	診療を受けた病院等の名称及び住所	名称		医師の氏名	
		住所		TEL　　－　　－	
	診療の期間（支給期間）	自	令和　　年　　月　　日から		入院　・外来
		至	令和　　年　　月　　日まで　　日間		
	入院の場合入院期間		令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間	治療に要した費用額	金　　円也
	診療又は手当の内容				
	健康保険を受けることができなかった理由				
	医療助成について	1．受けている（　　）　　2．受けていない			
	傷病が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の住所氏名				
振込先口座	銀行コード		銀行名		
	店番号		支店名		
	預金種目	普通　　当座	口座番号		
	口座名義	漢字			
		カタカナ			
委任状	私は　　を代理人と定め令和　　年　　月　　日に請求した療養費、金　　円也の受領方を委任します。 本人　住所 氏名　　印 代理人　住所 氏名　　印				※受付印

宝グループ健康保険組合

領収書	金　　円　也領収いたしました。 令和　　年　　月　　日 宝グループ 健康保険組合理事長殿 氏名　　印

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		初診	時間外・休日・深夜　　円	
再診	時間内　　回 時間外　　回 休日・深夜　　回		投薬		
往診	普通・難路　　回 夜間・暴風雨雪　　回 同、家屋　　回		注射	皮下筋肉内　　回 静脈内　　回 　　回	
指導			処置及び手術	材料　　回 麻酔　　回 薬剤　　回	
投薬	内服 屯服 外用 調剤		検査		
注射	皮下筋肉内 静脈内		レントゲン	透視　　回 造影剤　　回	
検査	回 　　回 　　回		その他		
レントゲン	透視　　回 造影剤　　回		入院	1月未満　　日間（　　日～日） 1月～3月未満　　日間（　　日～日） 3月以上　　日間（　　日～日） 給食の　　有・無	
処置及び手術	材料　　回 麻酔　　回 薬剤　　回				
その他					
合計	円				円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　　年　　月　　日

医師の　住所

氏名　　印

添付書類 ・立替払をした医療の請求の場合　　領収証、診療明細書、調剤明細書

・ｺﾙｾｯﾄ等の治療用装具費用の請求の場合　　医師の意見書、装具装着証明書、領収証、写真（靴型装具の場合は必須）