

（注意事項）
①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」のほかにこれに種類に添付してください。
②傷病の原因が第三者の行為によるものである場合は、別に第三者行為による傷病届をこの種類に添付してください。

伺年月日	年	月	日
支払年月日	年	月	日
支給額	円		
支給内訳	法定	円	
	付加	円	

常務理事	事務長	課長	扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		

本人療養費（付加金）支給申請書

（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号) (番号)	②被保険者が 勤務する(していた) 事業所の	ア)名 称				
				イ)所在地				
	③傷病名				④発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
	⑤発病又は負傷 の原因							
	⑥傷病の経過							
	⑦診療又は手当を 受けていた医療 機関の名称・所在 地及び医師の	ウ)名 称			オ)所在地及 び電話番号	〒		
		エ)氏 名						
	⑧診療又は手当 の内容							
	⑨診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日		日間	⑩診療又は手当 に要した費用	金	円 也	
	⑪療養の給付を 受けることが できなかった理由							
⑫第三者の行為に よる負傷で あるか否か	ある ・ ない	⑬第三者の行為に よる負傷である ときはその事実の 届出の有無	ある ・ ない	⑭加害者の氏名				
				⑮加害者の住所	〒			
⑯被扶養者に関する 申請のときはその	カ)氏 名			キ)生年月日	年 月 日	ク)被保険者 との続柄		
⑰振込希望の銀行 (任継者又は喪失者のみ)	銀行 支店 普通・当座 No.							
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 印								

⑱ 委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	療養費(付加金)のうち金	円也の受領に関すること。					
	年 月 日	被 保 険 者 の住所 〒 氏名 印					
		代 理 人 の住所 〒 氏名 印					
⑲振込希望の銀行	銀行 支店 普通・当座 No.						

⑳ 受 領 書	金	円也領収しました。					
	年 月 日	日本貨物検数健康保険組合理事長 殿					
		被保険者の住所 〒 氏名 印					

受 付 日 付 印

領 収 （ 診 療 ） 明 細 書

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	
-----	--	------------	----------------------	-----	--

入 院 外				入 院							
初 診	時間外・休日・深夜			回	初 診	時間外・休日・深夜			回		
再 診	再 外 来 時 休 深	診 算 外 日 夜	×	回	投 薬	内 傾 外 処 麻 調	服 服 用 方 毒 基	単位 単位 単位 日 日 日			
			×	回							
			×	回							
			×	回							
指 導					注 射	皮 下 筋 肉 内 内 他			回 回 回 回		
在 宅	往 夜 深 在 宅 そ	診 間 夜 ・ 緊 急 患 者 訪 問 診 療 の 他 剤		回 回 回 回 回		処 置	薬 剤			回 回	
							手 術 ・ 酔	薬 剤			回 回
								検 査	薬 剤		
					画 診 像 断				薬 剤		
投 薬	内 服 傾 服 外 用 処 方 毒 基	薬 剤 調 剤 剤 調 剤 調 剤	×	単位 回 単位 単位 回 回 回		そ の 他			薬 剤		
							入 院		入 院 年 月 日 年 月 日		
								病 診 衣	入 院 料	×	日間
					×					日間	
注 射	皮 静 そ	下 筋 肉 内 内 他		回 回 回	入 院	入 院 時 医 学 管 理 料				×	日間
							×			日間	
							×	日間			
							×	日間			
処 置	薬 剤			回 回	手 術 ・ 酔	薬 剤			回 回		
						検 査	薬 剤			回 回	
							画 診 像 断	薬 剤			回 回
								そ の 他	薬 剤		
合 計	円			円	食 事				基 準		
						円 × 円 × 円 ×			日間 日間 日間 日間		
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 医師の住所 〒 氏名 印											

（備考）すでに申請の対象となる費用については領収書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ください。
①歯科診療のときは、別の領収証書をつけてください。
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「実費についての領収書」を添付してください。
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「器具が傷病の治療のために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書」を添付してください。
④海外に滞在する医療費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけてください。
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ください。