

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	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
指 導					
在 宅	往 夜 深 在 宅 そ	診 間 急 患 者 訪 問 診 療 の 他 剤	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
投 薬	内 服	薬 剤	×	単位	回
	回	調 剤	×	単位	回
	回	調 剤	×	単位	回
	回	調 剤	×	単位	回
注 射	皮 下 筋 脈 の 他	内 内 他	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
処 置	薬	剤	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
手 術 ・ 酔	薬	剤	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
検 査	薬	剤	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
画 診 像 断	薬	剤	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
	回	回	回	回	回
合 計	円		合計	円	
	円		合計	円	
	円		合計	円	
	円		合計	円	
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 ⑩					

(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
②輸血に関する申請のときは、別の領収書をつけてください。
③輸血に使用する申請のときは、「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。
④海外に於け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、翻訳者を明記した翻訳文を添付してください。

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	

記入例

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) 1 0 (番号) 1 2 3 4 5 6	②被保険者が 勤務する(していた) 事業所の イ)所在地	ア)名 称 日本貨物検数協会〇〇支部 イ)所在地 東京都中央区△△△×-×-×
	③傷 病 名	急性胃腸炎		④発病又は負傷 の 年 月 日 令和 2 年 4 月 1 6 日
	⑤発病又は負傷 の 原 因	旅行中急に腹痛をおぼえ、近くの病院で診療を受ける。		
	⑥傷病の経過	治癒		
	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 いろは病院 エ)氏 名 安藤 英太	オ)所在地及 び電話番号	〒×××-×××× 大阪府大阪市〇〇×-×-× 06-××××-××××	
	⑧診療又は手当 の 内 容	投 薬		
	⑨診療又は手当 を受けた期間	自 令和 2 年 4 月 1 9 日 至 年 月 日	1 日間	⑩診療又は手当 に要した費用 金 1 3, 0 0 0 円也
	⑪療養の給付を 受けることが できなかった理由	旅行中のため、被保険者証を携帯していなかった。		
	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 該当せず	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。 令和 2 年 5 月 9 日 被保険者の住所 東京都品川区〇〇×-×-× 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 健保 健大				

⑱委 任 状	私は 会長 石幡邦雄 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。 令和 2 年 5 月 1 1 日 被保険者の住所 東京都品川区〇〇×-×-× 氏名 健保 健大 住所 東京都中央区築地一丁目10番3号 代理人の氏名 会長 日検一郎
	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 東京都品川区〇〇×-×-× 氏名 健保 健大
--------------	--

受 付 日 付 印

①輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかにこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

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。

③ではなく本書を添付のこと。