

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	担当
資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者等 記号・番号	第 号	被保険者が勤務する(し ていた)事業所の	名称	電話	局	番
傷病名		発病又は負傷の年月日	年 月 日			
発病又は 負傷の原因						
傷病の経過						
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		所在地	〒		
	氏名		及び電話番号			
診療又は 手当の内容	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日	年 月 日
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	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						
診療の給付又は 特定療養費もしくは 家族療養費の 支給を受けること ができなかった理由						
第三者の行為に よる負傷であるとき	その事実 と届出 の有無		加害者の氏名		加害者の住所	〒
被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年月日	明昭 大平	年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の銀行	銀行	支店 (普通 当座 第 号)	名義	(フリガナ)		
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 ゴールドウイン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器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月以内・通勤災害	傷病名
初診	時間外 休日 深夜	円	注射 皮下筋肉内・静脈内 回 その他 回
再診	再診 回 時間外 回 休日 回 深夜 回		検査 回 回 回 薬剤 回
往診	普通 回 夜間 回 深夜・暴風雨雪・難路 回	レントゲン	回 回 回
指導		処置及び手術	回 回 回
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	薬剤 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	その他 合計	回
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 住所 〒 医師 氏名			

委任状	私は 年 月 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。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 住所 〒 代理人の 氏名 振込希望の銀行 銀行 支店 (普通 第 号) 名義 (フリガナ)
-----	--

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 ゴールドウイン健康保険組合理事長 殿 住所 〒 受領者 氏名
-----	--

(注意事項)
1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
2. 歯科診療の場合は、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器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。