

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書			
同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
決裁年月日	年 月 日				
支給額		治療用装具を作成した場合			
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日				
	日間	支払年月日	年 月 日		

被保険者 療養費支給申請書 (第 1 回目)  
被扶養者

被保険者等 記号・番号	1 9999	被保険者が勤務する(し ていた)事業所の 名称 所在地	(株)ゴールドウイン 〒107-8570 東京都港区北青山3-5-6	電話 局 番	
傷病名	前十字靭帯損傷		発病又は負傷の年月日	2010 年 11 月 11 日	
発病又は負傷の原因	バスケットボール競技中に負傷				
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 健康整形外科医院	所在地及び電話番号 〒933-9999 富山県高岡市健保町10-10	氏名 健康次郎		
診療又は手当の内容	軟性コルセットを装着		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 2010 年 11 月 12 日 至 年 月 日	治療中	診療又は手当に要した費用の額	金 20,000 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	装具製作所が保険契約ないため				
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	なし	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 年 月 日 大平	被保険者との続柄
振込希望の銀行	健康 銀行 保険	支店 (普通 当座)	第 1111111 号)	名義	ケンポタロウ
上記のとおり申請します。 2010 年 11 月 20 日 住所 〒933-9999 富山県高岡市健保町1-1 被保険者の氏名 健保 太郎 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装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 休深		注	皮下筋肉内・静脈内	回
再診	再時休深				回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 回		薬剤	回
入院	1月未満 1月~3月未満 3月以上 給食の有無	日間(日~日) 日間(日~日) 日間(日~日)	その他 合計		回

領収証(原本)と医師の意見書が必要です。  
領収証に装具の明細がない場合、明細も必要です。  
この欄の記入は不要です。

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	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	被保険者 療養費のうち
	金 円也の受領に関すること。	被扶養者
	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 当座) 第 号) 名義 (フリガナ)

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)
- 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。
  - 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。
  - 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。