

(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。

受付年月日	年 月 日			
伺年月日	年 月 日			
決裁年月日	年 月 日			
支給額	支 給 支 払 決 議 書			
	常務理事	事務長	担 当	担 当
支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	支払年月日 年 月 日	

被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 1 回目)

被保険者等 記号・番号	第 1 号 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 電話 局 番 〒 107-8570 東京都港区北青山3-5-6			
傷 病 名	屈折性弱視		発病又は負 傷の年月日	不詳 年 月 日			
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	先天性						
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	健康医院	所在地 及び電 話番号	〒 933-9999			
	氏名	健康次郎		富山県高岡市健保町10-10			
診 療 又 は 手 当 の 内 容	治療用眼鏡を装着		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	日間	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	眼鏡購入店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	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 (フリガナ)	ケンポタロウ	
上記のとおり申請します。 2010 年 11 月 20 日 被 保 険 者 の 住所 〒 933-9999 富山県高岡市健保町1-1 氏名 健保 太郎 ゴールドウイン健康保険組合理事長 殿							

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		注	皮下筋肉内・静脈内	回
	休 深	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。			回
再 診	再 時 休 深				回 回 回 回
往 診	普 通 夜 間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レ ン ゲ ン	回 回 回 回	
指 導			処 置 及 び 手 術	回 回 回 回	
投 薬	内 服 外 服 調 剤 調 基	単位 単位 単位 回		薬 剤	回
入 院	1月未満	日間(日～ 日)	そ の 他 合 計	回	
	1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間(日～ 日)			
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 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 代理人の 住所 〒 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)

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 受領者 住所 〒 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。