

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	円

支 給 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
---------	---------	---------

支給支払決議書			
資 格 取 得		年 月 日	
資 格 喪 失		年 月 日	
支 払 年 月 日		年 月 日	

所属事業所 担当者印	印
---------------	---

**被保険者
被扶養者 療養費支給申請書**

(第 回目)

被 保 険 者 証 の 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		
			所在地	〒		
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 及び電 話番号	〒	
	氏名					
診 療 又 は 手 当 の 内 容				入 院 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
				コルセット装着日	年 月 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						
療養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のできなかった理由	該当にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 治療用装具のため <input type="checkbox"/> 立替治療費のため <input type="checkbox"/> その他 ()					
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	昭 令 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)			フリガナ		口座名
上記のとおり申請します。 年 月 日						
			〒	TEL		
			住所			
ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿			氏名			印

(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 休日 深夜	円	注射	皮下注射・静脈内 その他 回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	回 回 回 回 薬剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲ ン ト	回 回 回
指導			処置 及 び 手 術	回 回 回 回 薬剤
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回		
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）	合計	
	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 印				

委任状	私は 年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 金 円也の受領に関する事。
	年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印
振込希望の銀行	銀行 支店（ 普通当座 ）

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 ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿 〒 受領者 住所 氏名 印
-----	---

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（診療）明細書を使用せず、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、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。