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 日間

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				
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。 ☐ 治療用装具のため ☐ 立替治療費のため ☐ 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 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　）	口座名	フリガナ	

上記のとおり申請します。

年　月　日

〒　TEL

住所

被保険者の

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　　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	レゲンント	回 回 回
指導		処置及び手術	回 回 回 回 薬　剤　　回
投薬	内　服　　単位 屯　服　　単位 外　用　　単位 調　剤　　単位 調　基　　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	回
		合計	

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年　　月　　日

〒

医師　住所

氏名　　印

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／被扶養者　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　　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、うえの領収（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、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。