受　付	年　月　日
決　定	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	担当
資格取得	年　月　日
資格喪失	年　月　日
支払年月日	年　月　日

（第　　回目）

被保険者
被扶養者　療養費支給申請書

年　月　日

極東開発健康保険組合　理事長殿

住　所

被保険者

氏　名

下記のとおり領収書添付のうえ申請します。

被保険者等の記号と番号	記号	番号	事業所の名称	
傷病名			発病または負傷の年月日	年　月　日
発病または負傷の原因				
傷病の経過	入院中　通院加療中　治癒　中止			
手当てを受けた病医院の	名称		所在地	
手当てを受けた医師の	氏名		電話番号（　　）　－	
診療の内容				
診療を受けた期間	自　年　月　日 至　年　月　日		診療に要した費用の額	金　円也
保険医又は保険医の指定する者に療養を受けることができなかった理由	1. 装具製作所が保険契約がないため　2. 被保険者証を持たずに受診したため 3. やむを得ず保険医以外の医療機関にかかったため 4. その他（　　）			
第三者行為の有無	1. 有　2. 無		届出の有無	1. 有　2. 無
申請者が被扶養者に関するときは	氏名	生年月日	年　月　日	被保険者との続柄

委任状	
	表記請求金額の受領を（氏　名） （事業所名又は住所） に委任します。　年　月　日 （被保険者氏名）

〔注意事項〕

1. コルセット、ギプスなどの装具、義肢、輸血等に関する申請のときは、装具等の領収書、医師の意見書もしくは証明書（いずれもコピー不可）を添付してください。
   弱視等治療用眼鏡作成の際の申請には、眼鏡購入領収書、医師による作成指示書・検査結果を添付してください。（いずれもコピー不可）
2. 自費で診療した場合には、領収証（診療内容及び保険点数のわかるもの。コピー不可）を添付してください。
   この用紙の「領収（診療）明細書」欄に診療内容を明記し、医師の証明を得たものでもかまいません。
3. 傷病が、第三者行為によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」が必要です。
4. 海外で診療を受けた場合は、別の用紙で申請してください。
5. 療養費の受取を第三者に委任する場合は、「委任状」欄に記載、捺印してください。
   医師による眼鏡等の作成指示書に検査結果が記入されている場合は、省略できます。

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
初診	時間外 深夜　円	注射	皮下・筋肉内　回 静脈内　回
再診	時間内　回 時間外　回 深夜　回	検査	
往診	普通・難路　回 夜間・暴風　回 雨雪　回 同一家屋　回	レントゲン 透視 造影剤	回 回 回
指導		処置及び手術	回
投薬	内服 頓服 外用 調剤	材料 麻酔 薬剤	回 回 回 回
入院	1月未満　日間（　日～　日） 1～3月未満　日間（　日～　日） 3月以上　日間（　日～　日） 給食の有	その他	
		合計	点 円

上記の通り領収（診療）いたしました。

年　月　日

医　住所
氏名　㊞

振込口座	金融機関名　銀行 金庫 信組	支店名　支店	口座番号・種類 普通・当座（　）
	フリガナ		
	振込口座名義		

受　付	年　月　日
決　定	年　月　日

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

支給額	円

支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日 日間

（第　1　回目）

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

令和　5　年　10　月　8　日

極東開発健康保険組合　理事長殿

住　所　大阪府大阪市中央区淡路町2丁目5番11号

被保険者

氏　名　極東　太郎

下記のとおり領収書添付のうえ申請します。

被保険者等の記号と番号	記号 100	番号 10001	事業所の名称	極東開発工業株式会社	
傷病名	右膝靭帯損傷		発病または負傷の年月日	令和 5 年 9 月 27 日	
発病または負傷の原因	学校の部活動（サッカー）中、他の選手との接触を避けた際に捻った				
傷病の経過	入院中　通院加療中　治癒　中止				
手当てを受けた病医院の	名称	けんぽクリニック	所在地	大阪市中央区道修町1-23	
手当てを受けた医師の	氏名	立花　一郎	電話番号	（ 06 ）1234-5678	
診療の内容	消炎鎮痛措置 等				
診療を受けた期間	自令和 5 年 9 月 30 日 自令和 5 年 9 月 30 日		診療に要した費用の額	金 12,300 円也	
保険医又は保険医の指定する者に療養を受けることができなかった理由	1. 装具製作所が保険契約がないため　2. 被保険者証を持たずに受診したため 3. やむを得ず保険医以外の医療機関にかかったため 4. その他（　）				
第三者の行為の有無	1. 有　2. 無		届出の有無	1. 有　2. 無	
申請者が被扶養者に関するとき	氏名 極東　翔平		生年月日	平成 15 年 5月 15日	被保険者との続柄 長男

装具等購入の場合は、領収証の日付を記載してください。

委任状	表記請求金額の受領を（氏　名）（事業所名又は住所） に委任します。　年　月　日 （被保険者氏名）極東　太郎

事業所(会社)が記入

被保険者が記入

〔注意事項〕

1. コルセット、ギプスなどの装具、義肢、輸血等に関する申請のときは、装具等の領収書、医師の意見書もしくは証明書（いずれもコピー不可）を添付してください。
   弱視等治療用眼鏡作成の際の申請には、眼鏡購入領収書、医師による作成指示書・検査結果を添付してください。（いずれもコピー不可）
2. 自費で診療した場合には、領収証（診療内容及び保険点数のわかるもの。コピー不可）を添付してください。
   この用紙の「領収（診療）明細書」欄に診療内容を明記し、医師の証明を得たものでもかまいません。
3. 傷病が、第三者行為によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」が必要です。
4. 海外で診療を受けた場合は、別の用紙で申請してください。
5. 療養費の受取を第三者に委任する場合は、「委任状」欄に記載、捺印してください。
   医師による眼鏡等の作成指示書に検査結果が記入されている場合は、省略できます。

領収（診療）明細書

※コルセット、ギプスなどの装具、義肢、輸血、あはき等に関する申請のときは領収証（診療内容及び保険点数のわかるもの）の提出及び【領収（診療）明細

患　者　名		傷病名	
初　診	時間外　円 深　夜	注射	皮下・筋肉内　回 静　脈　内　回
再　診	時間内　回 時間外　回 深　夜　回	検査	
往　診	普通・難路　回 夜間・暴風　回 雨　雪　回 同一家屋	レントゲン	透　視　回 造影剤　回
指　導		処置及び手術	回 回
投　薬	内服 頓服 外用 調剤		材　料　回 麻　酔　回 薬　剤　回
入　院	1月未満　日間（　日～　日） 1～3月未満　日間（　日～　日） 3月以上　日間（　日～　日） 給食の有	その他	
		合計	点 円

上記の通り領収（診療）いたしました。
年　月　日　医　住所　氏名　㊞

振込口座	金融機関名　銀行　金庫　信組	支店名　支店	口座番号・種類 普通・当座（　）
	フリガナ		
	振込口座名義		

申請時に資格喪失している方のみ記入してくださ