

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号				
	② 受診者の 氏名・生年月日	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	③ 傷病名			④ 発病又は負 傷の年月日	平成	年 月 日
	⑤ 発病又は 負傷の原因					
	⑥ 傷病の経過					
	⑦ 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	医療機関名				
		所在地				
		医師名				
	⑧ 診療又は手当 の内容					
		装具装着日	平成	年	月	日
	⑨ 診療又は手当を 受けた期間	平成	年	月	日	から 平成 年 月 日 まで 日間
	⑩ 療養に要した 費用の額	円				
	⑪ 療養費支給申請 の理由					
	⑫ 第三者行為に よるものですか	いいえ				
		はい → 「第三者の行為による傷病届」を提出してください。				
⑬ 振込希望の 銀行	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義（カタカナ）	
⑭	上記のとおり申請します。 平成 年 月 日					
	被保険者の 住所					
	氏名 印					
	ノバルティス 健康保険組合理事長 殿					
⑮ 備 考						

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

健保受付日付印

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	皮下筋肉内・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
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 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	薬 剤		
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) 有 ・ 無	その他 合計		回
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					

(注意事項)
1. 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。
2. 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。
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、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

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 又は 郵便局名		銀行	支店 (普通 第 号) ・	郵便局	

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	
	ノバルティス健康保険組合理事長 殿	
	受領者	住所 氏名
		印