給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	支給額	万 千 百 十 円
	資格取得	年 月 日				支給期間	自 年 月 日 日間
	資格喪失	年 月 日					至 年 月 日

被保険者 家族 療養費支給申請書

① 被保険者証の記号番号	—	② 事業所の名称	
③ 傷病名		④ 発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日
⑤ 負傷した時の状況(原因)を具体的に記入して下さい。			
⑥ 診療を受けた医師・歯科医師等の氏名・住所			
⑦ 診療又は手当の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	⑧ 診療又は手当に要した費用の額	金＿＿＿＿＿＿ 円
⑨ 保険給付を受けなかった理由(詳細に記入)			

⑩ 家族が診療した場合	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	

⑪

上記のとおり請求します。　　郵便番号　　－

令和　年　月　日　被保険者(請求者)　住所

氏名

宮城県自動車販売健康保険組合　殿　　電話番号　　(　　)

委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します	
	⑫ 委任された者の(個人名)	住所 氏名
	⑬ 委任する者(請求者)	氏名

⑭ □ 公金受取口座を希望する場合は□にチェックを入れて下さい。⑮の記載は不要です。

⑮ 払渡希望の銀行名 ・請求者と預金者が違う場合は委任状欄をご記入下さい。		受付印
銀行名	銀行 本・支店	
口座の種類	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金	
口座の記号番号		
預金者の氏名	フリガナ	

※治療用補装具の申請には、装具を必要とする意見書(同意書)と領収書(どちらも原本)を添付して下さい。

※領収(診療)明細書及び治療用補装具を必要とする意見(同意書)欄は裏面に証明をいただいてもかまいません。

※銀行口座は、請求者のものかあるいは委任された方の口座です。

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
入　院　外		入　院	
初診	時間外・休日・深夜　円	初診	時間外・休日・深夜　円
再診	時間内　回 時間外　回 休日・深夜　回	投薬	内服 屯服 外用
往診	普通・難路　回 夜間・暴風雨雪　回 同家屋　回	注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回
指導		処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回
投薬	内服 屯服 外用 調剤	検査	
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回	レントゲン	回 透視　回 造影剤　回
検査		その他	
レントゲン	回 透視　回 造影剤　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
処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回	合計	円
その他			
合計	円		

上記のとおり領収(診療)いたしました。　住　所
令和　年　月　日　医療機関名
医師氏名
電　話　－　－　番

治療用補装具を必要とする意見（同意書）

傷病名	意見
療養開始日　平成・令和　年　月　日	

治療用装具の名称
付属品の必要性の有・無　付属品の名称
装具の装着日　令和　年　月　日　装着日当日の入院　有・無

上記治療用装具の装着を必要と認める。　住　所
令和　年　月　日　医療機関名
医師氏名
電　話　－　－　番