

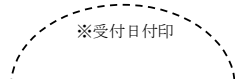
健康保険(被保険者・被扶養者)療養費支給申請書(第 回)

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	氏名
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住所	〒 TEL ()		

対象者情報	氏名	続柄
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	傷病名	発病または負傷年月日 令和 年 月 日
	原因(どこで、何をしていた、どのようにして負傷(発症)したか)	
	診療を受けた医療機関等	所在地
		名称
診療した医師等の氏名		
申請内容	<input type="checkbox"/> 立替払等 → ①欄を記入してください。 <input type="checkbox"/> 治療用装具 → ②および③欄記入してください。	

令和 年 月 日提出

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。
	名称	
	氏名	
	被保険者氏名	令和 年 月 日



被保険者が資格喪失後請求の場合記入

振込先指定口座	支払金融機関	農協 本・支店(所) 銀行 信金・信組 (どちらか〇印)		
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)		

※支給決定書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係			
	決裁日	令和 年 月 日							
	支給額	法定	円	資格取得	平・令 年 月 日				
		付加	円	資格喪失	令和 年 月 日				
		計	円						
	種目	請求	査定	種目	請求	査定	種目	請求	査定
	初診						計		
	投薬						法定		
	医学管理						一部負担		
	処置・手術								
備考									

(2024.12)

①立替払等	対象者氏名		療養に要した費用の額	円	
	診療の内容		日数	日間	
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から			
		令和 年 月 日まで			
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 医療機関等で健康保険の資格が確認できずに10割負担したため。 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ、はり・きゅう受療のため。 <input type="checkbox"/> その他()				

- 【添付書類】 1)『領収書』原本
 2)『診療報酬(調剤報酬)明細書』原本
 3)あんま・マッサージ、はり・きゅうの申請の場合は、『領収書』・『医師の同意書』・『療養費支給申請書』等

②治療用装具	対象者氏名		療養に要した費用の額	円
	装具名			
	装具装着日(医師の指示日)	令和 年 月 日		

- 【添付書類】 1)③担当医記入欄に記入がない場合は、『担当医の意見書(証明書・指示書)』原本
 2)治療用装具の『領収書』原本
 3)靴型装具の場合は『装具の写真』

③担当医記入欄	傷病名		患者氏名	
	装具の場合	上記傷病のため治療用装具の装着を認めます。		
	装具名	()	装着日	令和 年 月 日
	輸血の場合	上記傷病のため輸血(生鮮血)の必要を認めます。		
	輸血量	() CC	輸血実施日	令和 年 月 日
	上記の装具・輸血が行われたのは		<input type="checkbox"/> 入院中である <input type="checkbox"/> 入院中ではない	
令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 電話番号				

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

【注意事項】 ●「※」欄は記入しないでください。

健康保険(被保険者・被扶養者)療養費支給申請書 記入例

被保険者情報	被保険者等	記号	901	番号	919	氏名	健康 太郎
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 7年 7月 7日					
	住所	〒 111-5656 群馬県前橋市〇〇町224 TEL: 027(〇〇〇)4055					

対象者情報	氏名	健康 太郎		続柄	本人	
	生年月日	昭和・平成・令和 7年 7月 7日				
	傷病名	右足関節靭帯損傷		発病または 負傷年月日	令和 6年 10月 6日	
	原因(どこで、何をしていた、 どのようにして負傷(発症)したか)	6日19時頃、〇〇グラウンドでサッカーをプレー中に対戦相手とぶつかり損傷。				
	診療を受けた 医療機関等	所在地	群馬県前橋市〇〇町11番地			
		名称	クリニック〇〇			
診療した 医師等の氏名		〇〇 〇〇				
申請内容	<input type="checkbox"/> 立替払等 → ①欄を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 → ②および③欄記入してください。					

令和 6年 12月 2日提出

委任状	給付金の受領を次の者に委任いたします。	
	所在地	●●市●●町●●番地
	名称	〇〇農業協同組合
	氏名	代表理事組合長 大地 耕作
被保険者氏名	健康 太郎	

※受付日付印

被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関	農協 本・支店(所)	
	銀行	
	信金・信組 (どちらか〇印)	
預・貯金口座	種別	普・当
	口座番号	
預・貯金口座名義人	(フリガナ)	

※支給決定書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係			
	決裁日	令和 年 月 日							
	支給額	法定	円	資格取得	平・令 年 月 日				
		付加	円	資格喪失	令和 年 月 日				
		計	円						
	種目	請求	査定	種目	請求	査定	種目	請求	査定
	初診								
	投薬						計		
	医学管理						法定		
	処置・手術						一部負担		
備考									

(2024.12)

①立替払等	対象者氏名			療養に要した 費用の額	円	
	診療の内容			日数	日間	
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から				
		令和 年 月 日 まで				
療養の給付を受ける ことができなかった理由	<input type="checkbox"/> 医療機関等で健康保険の資格が確認できずに10割負担したため。 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ、はり・きゅう受療のため。 <input type="checkbox"/> その他()					

- 【添付書類】 1)『領収書』原本
 2)『診療報酬(調剤報酬)明細書』原本
 3)あんま・マッサージ、はり・きゅうの申請の場合は、『領収書』・『医師の同意書』・『療養費支給申請書』等

②治療用装具	対象者氏名	健康 太郎		療養に要した 費用の額	27,500 円
	装具名	下肢装具の装着			
	装具装着日 (医師の指示日)	令和 6年 10月 8日			

- 【添付書類】 1)③担当医記入欄に記入がない場合は、『担当医の意見書(証明書・指示書)』原本
 2)治療用装具の『領収書』原本
 3)靴型装具の場合は『装具の写真』

③担当医記入欄	傷病名			患者氏名	
	装具の場合	『担当医記入欄』に記載がない場合は、『担当医の意見書(証明書・指示書)』原本を添付してください。			
	輸血の場合				
	上記の装具・輸血が行われたのは	<input type="checkbox"/> 入院中である <input type="checkbox"/> 入院中ではない		令和 年 月 日	
	医療機関所在地				
	医療機関名称				
	医師の氏名				
	電話番号				

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

【注意事項】 ●「※」欄は記入しないでください。