

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。

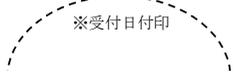
健康保険(被保険者・被扶養者)療養費支給申請書 記入例

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	



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								
	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				
療養の給付をう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担当医記入欄に記載がない場合は、『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。