

# 療養費支給申請書

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

|          |                        |    |        |
|----------|------------------------|----|--------|
| 被保険者等 記号 | 9999                   | 番号 | 999999 |
| 被保険者氏名   | 日発 太郎 昭・平 ××年 ××月 ××日生 |    |        |

## 療養を受けた方

|  |   |           |  |
|--|---|-----------|--|
| フリガナ   | ニッパツ ジロウ  |           | 被保険者との続柄( 長男 )                         |
| 氏名   | 日発 次郎   |           | 昭・平・令 ××年 ××月 ××日生 ※子の場合は、長男、次男、のように記入 |
| 傷病名  | 発熱 <b>医師から指示のあった傷病名を記入します。</b>  |           |  |
| 発病、負傷の原因およびその経過  | 原因となる傷病の発症時期や、今日までの経過などを記入します。<br>旅行中に発熱し、近くの病院にかかった。   |           |  |
| 第三者の行為によりますか   | いいえ ・ はい →別途届出(第三者行為に関する傷病届)が必要です。  |           |  |
| 申請理由<br>(いずれかに○( )内詳細記入)   | 1. 立替払等 ( 保険証所持・第三者行為・その他 )<br>2. 治療用装具 ( )<br>3. その他 ( )<br><b>以前の健康保険組合等の記号番号を使用してしまった請求はその他に記入します。</b> |           |  |
| 受診月・区分   | 令和 ××年 ××月 受診分  | 病院にかかった月  | 窓口で支払った金                               |
|  | 外来 ・ 入院 ・ 調剤 (いずれかに○)   | 要した費用     | 円                                      |
| 診療を受けた病院等  | 名称  | □□内科      | 医師氏名                                   |
|  | 所在地   | 〇〇市 △△9-9 |  |
| 上記金額の受領を右記のものに委任します。委任者 □□□株式会社<br>代表取締役社長 ○○○<br>下記□を確認<br><input checked="" type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。<br><input checked="" type="checkbox"/> 記載内容に誤りが無いか確認しました。<br>令和 ××年 ××月 ××日 被保険者氏名 日発 太郎 |   |           |  |

## 注意事項

- 立替払の場合は、診療報酬明細(点数明記のもの)と領収書(記入した日)を添付してください。  
※診療報酬明細1枚につき、この申請書1枚の記入が必要です。
- 診察が月をまたがる場合は、月ごとの申請書を作成してください。
- 装具の場合は、下記すべてを添付して下さい。  
・医師の意見及び装着証明 ・ 装具代金の領収書(明細) ・ 装具作製確認書 ・ 装具写真

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

事業所確認

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

# 療養費支給申請書

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

|          |                        |    |        |
|----------|------------------------|----|--------|
| 被保険者等 記号 | 9999                   | 番号 | 999999 |
| 被保険者氏名   | 日発 太郎 昭・平 ××年 ××月 ××日生 |    |        |

## 療養を受けた方

|  |   |           |                     |
|--|---|-----------|---------------------|
| フリガナ<br>氏名   | ニッパツ ジロウ<br>日発 次郎   |           | 被保険者との続柄( 長男 )      |
|  | 昭・平・令 ××年 ××月 ××日生  |           | ※子の場合は、長男 次男 のように記入 |
| 傷病名  | 医師から指示のあった傷病名を記入します。<br>右足首捻挫   |           |                     |
| 発病、負傷の原因<br>およびその経過  | 原因となる傷病の発症時期や、今日までの経過などを記入します。<br>学校のクラブ活動中(バスケ)に転倒し受傷した。                               |           |                     |
| 第三者の行為に<br>よりますか   | いいえ ・ はい →別途届出(第三者行為に関する傷病届)が必要です。  |           |                     |
| 申請理由<br>(いずれかに○( )内詳細記入)   | 1. 立 替 払 等 ( 保険証不所持・第三者行為・その他 )<br>2. 治 療 用 装 具 ( 入院中装着・通院中装着・小児治療用眼鏡 )<br>3. そ の 他 ( ) |           |                     |
| 受診月・区分   | 令和 ××年 ××月 受診分<br>外来 ・ 入院 ・ 調剤 (いずれかに○)   | 要した費用     | 装具購入金額<br>円         |
| 診療を受けた<br>病院等  | 名称  | □□整形外科    | 医師氏名                |
|  | 所在地   | 〇〇市 △△9-9 |                     |
| 上記金額の受領を右記のものに委任します。委任者 □□□株式会社<br>代表取締役社長 ○○○<br>下記○を確認<br><input checked="" type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。<br><input checked="" type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。<br>令和 ××年 ××月 ××日 被保険者氏名 日発 太郎 |   |           |                     |

## 注意事項

- ① 立替払の場合は、診療報酬明細(点数明記のもの)と領収書(記入した日)を添付してください。  
※診療報酬明細1枚につき、この申請書1枚の記入が必要です。
- ② 診察が月をまたがる場合は、月ごとの申請書を作成してください。
- ③ 装具の場合は、下記すべてを添付して下さい。

・医師の意見及び装着証明 ・ 装具代金の領収書(明細) ・ 装具作製確認書 ・ 装具写真

以下は健保組合使用欄

レセ確認

受付印

支給印

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |