

同年月日	令和 年 月 日	常務理事		担当者
支払年月日	令和 年 月 日			
支払金額	円			
資格取得	昭・平・令 年 月 日	扶養取得	昭・平・令 年 月 日	
資格喪失	令和 年 月 日	扶養喪失	令和 年 月 日	

NIPPPO健康保険組合

令和 6 年 9 月分

健康保険 被保険者 (本人)
被扶養者 (家族)

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ、はり・きゅうを除く)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 99999	記号・番号が分らないときはマイナンバーを記入してください - -	
	被保険者氏名	フリガナ ニッポ タロウ 日鋪 太郎	被保険者住所	〒 104-8380 東京都中央区京橋1-19-11	
	受診者 氏名	フリガナ ニッポ ナツコ 日鋪 夏子	生年月日	昭(平)令 29 年 8 月 1 日	被保険者との続柄 長女
	傷病名	右肘関節脱臼	第三者行為の有無	無(有)	
	発病または 負傷の原因 及びその経過	(いつ) 令和 6 年 9 月 5 日	(どこで) 自宅	(何をしていて)	庭で走って転倒
	診療の内容	コルセット装着			
	診療を受けた 医療機関	名称 京橋医院	医師名	京橋 一郎	
		所在地	東京都中央区京橋1-1		
	診療の期間	令和 6 年 9 月 5 日 から 令和 6 年 9 月 5 日まで 1 日間			
	診療に 要した費用	8,800 円	診療区分	入院 外(来)	
	療養の給付を 受ける事が できなかった 理由	1. 医療費を全額(10割)自己負担したため(理由:) 2. 誤って前の健康保険で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 3. 治療用装具を作成したため			
	委任状	私は本件請求に係る療養費の受領を下記代理人に委任します 令和 6 年 12 月 2 日 被保険者氏名 日鋪 太郎			
		会社 記入欄	代理人住所 代理人氏名	(記入不要)	

添付書類: この申請書を提出するとき、以下の書類の添付が必要です

- ①受診者名が記載された領収書・明細書(原本)
- ②診療報酬明細書(レセプト)の写し(理由1・2に該当するとき)
- ③保険医の証明書(理由3に該当するとき)

受付日付印

任意継続の方は受取口座を記入してください。(本人名義に限ります)			
(任意継続者・退職者のみ記入)			
銀行 金庫 農協			本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	