

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		

N I P P O健康保険組合

年 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	番号	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		被保険者住所	〒	
	受診者 氏名	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	傷病名				被保険者との続柄	
	発病または 負傷の原因 及びその経過	(いつ) 令和 年 月 日	(どこで)	(何をしている)		
	診療の内容					
	診療を受けた 医療機関	名称		医師名		
		所在地				
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間				
	診療に 要した費用	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 年 月 日 被保険者 氏名				
		会社 記入欄	代理人住所 代理人氏名			

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

受付日付印

- 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)

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)			
	銀行 金庫 農協		本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	