

伺年月日	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	被保険者証	記号	番号	所属事業所名		
	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			無 ・ 有	
	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)	(何をしています)		
	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. 保険証を持っていなかったため (理由:) 2. 誤って前の保険証を使用したため 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

- ①受診者名が記載された領収書・明細書原本
- ②診療報酬明細書の写し (保険証を持参せず受診したとき)
- ③保険医の証明書 (治療用装具を購入したとき)

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)

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