

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		

NIPPO健康保険組合

※記入例

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 999	番号 12345	所属事業所名 株式会社NIPPO
	被保険者氏名	フリガナ 日鋪 太郎	フリガナ ニッポ タロウ	被保険者住所 ●●県●●市●●町●●-●●-●●
	受診者氏名	フリガナ 日鋪 太郎	フリガナ ニッポ タロウ	生年月日 昭・平・令 55年 4月 16日
	傷病名	椎間板ヘルニア	被保険者との続柄 本人	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 3年 5月 10日	(どこで) 自宅	(何をしています) 購入した家具を運んでいるときに負傷
	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 ●●都●●区●●町●●-●●-●●		
	診療の期間	令和 3年 5月 11日 から 令和 3年 5月 11日 まで 1日間		
	診療に要した費用	27,000 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 3年 5月 15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	

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

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

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	