

療養費支給決定伺		部長	課長	審査(係)	
支給決定額	¥				
療養期間	自	年	月	日	
	至	年	月	日	
支払日	年	月	日	決定年月日	
				資	取
年	月	日	格	喪	失

受付



健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (第 回目)

被保険者証の	(記号)	被保険者の	
	(番号)	氏名と印	
		生年月日	年 月 日生
記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください			
被保険者の現住所			
事業所の名称			
傷病名		診療開始年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因		(いつ)	年 月 日 前後 時頃
		(どこで)	
		(どんなように)	
傷病の経過		(所在地)	
手当を受けた医師又は歯科技術師、その他の者の住所、氏名		(名称・氏名)	
診療又は手当の内容			
診療又は手当の期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	手当に要した費用の額 ¥
療養の給付を受けることができなかった事由		入院した場合その期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
傷病が第三者の行為によるものであるときはその事実、第三者の住所、氏名(住所氏名不詳のときはその旨)			
申請が被扶養者のものであるときはその者の氏名		生年月日	年 月 日 被保険者との続柄

注(説明)

この申請書は被保険者又は被扶養者が保険医療機関等において診療を受けることが困難な場合又はその他やむを得ない事由で保険医療機関等以外の医師又はその他の者の診療を受けた場合又はその診療又は被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。

この申請書に添えなければならない書類
 1 療養に要した費用についての診療報酬明細書及び領収書。※診療報酬明細書1枚毎に1申請となります。
 2 血液代に要した費用についての診療報酬明細書及び領収書。
 3 コルセット等に関する支給申請のときは輸血を必要と認められた医師の証明書及び領収書。
 4 靴型装具を申請する場合は写真の貼付及び装着者の記入が必要となります(裏面)。

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

年 月 日

受領委任	上記金額の受領方を 事業主 被保険者の氏名	名称 氏名	殿に委任します
------	-----------------------------	----------	---------

