

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

健保受付



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)	被保険者の氏名と印	⑩
	(番号)	生年月日	年 月 日生
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			
手当を受けた医師又は歯科技師、その他の者の住所、氏名	(所在地)	(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	手当に要した費用の額	¥
療養の給付を受けられなかった事由		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つ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又は手当を受けた場合又はその者の診療又は手当を受けた場合、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。但し、受領委任欄への押印は必要です。

この申請書に添えなければならない書類

- 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。
- 血液代に関する支給申請のときは輸血を必要と認め、医師の証明書及び領収書。
- コルセット等に関する支給申請のときは装着を必要と認め、医師の証明書及び領収書。
- 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 名称 氏名 被保険者の氏名	殿に委任します ⑩
------	--------------------------------------	--------------

靴型装具装着報告書

治療用装具装着者氏名（ ）について、以下のとおり装具を作成・装着いたしましたのでその概要等を報告します。

1・2・3については詳しく記入して下さい。
1は該当する箇所に○をつけて下さい。

1. 購入された装具は主治医からどのような目的の装具だと聞かされましたか。

2. 購入された装具の既製品・オーダーメイドの区分を該当項目に○をお願いします。

① 既製品

② オーダーメイド

(採型・採寸により作成したもの)

③ その他()

3. 購入された装具は主にどのような時に使用されますか。該当項目に○をお願いします。

① 日常生活時全般において装着

② スポーツ活動時のみ装着

③ その他()

4. 写真貼付 ※装着者が実際に装着する現物であることが確認できる写真（自ら撮影等）

貼付欄

枚数・サイズ・形状は問いません（装具の様子が多方向からわかるようお願いします）