

健康 保 記 入 欄	支給決定伺				支給 決定額	¥	療養 区分	治療用装具代・自費診療分 治療用眼鏡代・その他	
	常務理事	事務長	係長	係員					
					資格取得	昭・平 令	年	月	日
	支給決定	令和	年	月	日	資格喪失	令和	年	月
支給年月	令和	年	月	日	代金 支払日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 家 族 療養費 支給申請書

① 被保険者 記号・番号	6050-999	② 被保険者 氏 名	健康 太郎	③ 被保険者 生年月日	昭和平 33年4月17日
④ 勤務先	〇〇〇〇農業協同組合 〇〇〇支店 TEL: 075-123-4567				
⑤ 負傷名	〇〇〇〇〇〇〇〇 ⑥ 発病又は負傷 年月日 令和 元年 7月 6日 午前(午後) 14時 40分頃				
⑦ 発病又は負傷の 原因及びその経過	休日の雨の日に足を滑らせ階段から落ち負傷し、 外来加療中で、装具療法として、〇〇〇〇装具を装着。				
⑧ 療養を受けた 医療機関の名称等	名称 〇〇〇〇〇病院		医師 〇〇〇〇		所在地 京都府〇〇〇〇〇〇〇〇4-213
⑨ 診療を受けた期間	令和 元年 7月 6日 から 令和 元年 7月 6日 まで	1日間	⑩ 療養に要した 費用の額	17,300 円	
⑪ 被保険者証を 使えなかった理由	1. 治療用装具 装着の為 2. 被保険証の不携帯(理由:) 3. 治療用眼鏡 装着の為 4. その他()				
⑫ 診療を受けた者が被扶養者 である時はその氏名と続柄	健康 花子 (続柄: 妻)		⑬ 被扶養者 生年月日	昭平 35年6月10日	
⑭ 振込先 指定口座	金融機関名称		種目・口座番号		口座名義
	〇〇〇 農協	本店 支店	普通 貯蓄	9999999	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
上記のとおり申請します。					
令和 元年 7月 9日		〒 601-0000		住所 京都府〇〇〇〇〇〇1-999	
京都府農協健康保険組合理事長 殿		(申請者) 氏名		健康 太郎 ㊟	

委任の欄 (給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください)	受付印
<p>本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者の 氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">住所 代理人の 氏名 ㊟</p>	

添付書類

- ◎ 被保険証の不携帯等により被保険証を使用出来なかった場合の申請には「診療費の領収証(原本)」及び「診療明細書(原本)」を添付してください。
- ◎ 治療用装具の申請には「医師が証明した意見書及び装具証明書」「治療用装具代の領収書」「装具の内訳書」の原本を添付してください。
なお、靴型装具を作成された場合は、「作成した装具の写真」も添付してください。
- ◎ 治療用眼鏡(コンタクトレンズ)の申請には「眼鏡代の領収書(原本)」及び「検査結果を含む作成指示等の写し」を添付してください。
- ◎ 弾性着衣の申請には「弾性着衣代の領収証(原本)」及び「装着指示書(原本)(装着部位、手術日等が明記されているもの)」を添付してください。
- ◎ 輸血の申請には「輸血を必要と認めた医師の証明書(原本)」及び「血液代の領収証(原本)」を添付してください。
- ◎ 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは所定の「第三者行為による傷病届」を添付してください。