

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

健康保険 被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日	事業所・所属・連絡先		
	一 般			フリガナ	事業所		
	任意継続	9000			所 属		
	特例退職	9500		(昭・平 年 月 日生)	連絡先	( )	
申請が扶養者 に関するとき		被扶養者氏名		生 年 月 日		続 柄	
		フリガナ		昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)			
傷 病 名				発病又は負傷 の 年 月 日		年 月 日 (負傷の場合 時頃)	
発 病 又 は 負 傷 の 状 況		<原因(どのようにして)・結果(どうなったか)等>					
診 療 期 間		自 年 月 日 日間 至 年 月 日		診療区分 (○をつける)	入 院 通 院	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	
診療を受けた 病院(薬局)等		(名称および所在地)		診療を受けた 医師の氏名		(氏名)	
治療の内容 傷病の経過				診療に要した 費用の額		(健康保険治療分の支払額、または装具の支払額を記入) 円	
診療の給付を受け られなかった理由 (装具代の場合は「装具作成」と記入)							
傷病が第三者の 行為によるとき		(傷害の事実関係および加害者の住所・氏名)					
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							
事業主への受領委任 (特例・任継の方は記入不要)		(会社名をご記入ください 支店名は不要) 本請求に基づく給付金の受領を事業主_____に委任します。 被保険者氏名: _____					

※ 保険証不携帯による請求の場合で裏面記入不可の場合、領収書のほかにレセプトを添付してください。医療機関よりご自身でお取り寄せください。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄
-----

(健康保険組合使用欄)

支給・支払伺

支 給 額	法 定								円
	付 加								円
	計								円

受 付 日	決定日		常 務 理 事	事 務 長	係
	処理日				

## 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書

患者氏名		傷病名		
生年月日	昭・平・令 年 月 日 男・女			
診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	実日数	日	
初診	時間外・休日・深夜 回 円			
再診	再 診 回 円			
	外来管理加算 回 円			
	時間外 回 円			
	休 日 回 円			
	深 夜 回 円			
医学管理	回 円			
在宅	往 診 回 円			
	夜 間			
	深夜・緊急 回			
	在宅患者訪問診療 その他			
	薬 剤			
投薬	内 服 薬剤 単位 円			
	調 剤 回			
	頓 服 薬剤 単位			
	外 用 薬剤 単位			
	調 剤 回			
	処 方 回			
注射	麻 毒 回			
	調 基 回			
	皮下筋肉内 回 円			
注射	静 脈 内 回			
	そ の 他 回			
	処 置 回 円			
処置	薬 剤 回 円			
手術麻酔	手術・麻酔 回 円			
検査	薬 剤 回 円	合計	円	
画像	画像診断 回 円	上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 医療機関の (所在地) (名 称) (医師名) 電 話		
その他	薬 剤 回			
	その他			
入院	入院年月日 年 月 日			
	入院料			
	入院時医学管理料 食事療養			

(添付資料についての注意)

1. この明細書の必要事項がもれなく記載された用紙(レプト)を添付できる場合はこの明細書は必要ありません。
2. 歯科診療および薬局での処方に関する申請については、この明細書は使用せず専用の明細書(レセプト様式)の作成を歯科医療機関・調剤薬局に依頼し、領収書とともにこの申請書に添付してください。
3. 装具に関する申請のときはこの明細書は必要ありません。医師による装着証明書と義肢製作所等の領収書一式を添付してください。**靴型装具**の場合は写真を添付してください。