

支給決定並支出伺

理事長	常務理事	事務長	係	支給済	令和 年 月 日まで	支給決定額
				支給期間	令和 年 月 日から	法定 円
					令和 年 月 日まで	付加 円
						計 円

記入例 療養費支給申請書

請求者の記入するところ	被保険者等の記号・番号	記号	6	3	番号	1	2	3	4	5	6	7	事業所の名称	リケンNPR株				
	被保険者(請求者)の氏名	健康 幸人					被保険者の生年月日	昭和	年	月	日	平成	5	6	0	5	0	5
	被保険者(請求者)の住所	〒	3	6	0	-	0	0	4	1	埼玉県熊谷市宮町18-20				電話	090-1234-5678		
	傷病名	右膝靱帯損傷					発病又は負傷の年月日	令和	8	年	5	月	1	日				
	傷病又は負傷の原因	バスケットの練習中に急に方向転換をしたら損傷した																
	傷病の経過	手術後療養中																
	診療又は手当を受けた医師、歯科医師其の他	氏名又は名称					住 所											
		末広整形外科医院 末広 雅利					熊谷市末広8-9-10											
	診療又は手当の内容	膝サポーターの装着																
	診療又は手当の期間	令和	8	年	5	月	1	日より	診療又は手当に要した費用の額	24,360							円也	
	令和	年	月	日まで														
療養の給付を受けることが出来なかった理由	病院にて装具作製不能なため																	
第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい																	
申請が扶養者に関するときはその者の氏名	健康 寿人					被扶養者の生年月日	昭和	平成	26	年	4	月	8	日	続柄	長男		
委任状	本申請に基づく受領を事業主に委任します。																	
	令和	8	年	6	月	20	日	被保険者氏名(自署)					健康 幸人					

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。

←番号は左詰めでご記入ください。

←医師の名前が分からない場合は医療機関名だけでも可

←医師の指示書の内容をご記入ください。

←装具の領収証の金額をご記入ください。

←小児治療用眼鏡の場合「病院にて治療用眼鏡作製不能なため」とご記入ください。

←第三者行為とは、「相手のいる交通事故」「飼い主の責任が伴う飼い犬による咬創」「お店で食したものである食中毒」など第三者の過失・故意によるケガや病気のことです。

←事業所が代理で受領し、給与口座へ振り込む形式をとるため、委任状のご記入をお願いします。

←必ず手書きでご記入ください。

令和 8 年 6 月 20 日

受付年月日

※この申請書は、所属事業所担当を経由して提出してください。

- 【添付書類】
- ①領収証の原本
 - ②医師の指示書や検査結果等(原則として原本)
 - ③既製品の場合は、装着した4方向の写真(前後、両側面)
 - ④医療費の立替払いをした場合は、診療報酬明細書または診療明細書

支給決定並支出伺

理事長	常務理事	事務長	係	支給済	令和 年 月 日まで	支給決定額
				支給期間	令和 年 月 日から	法定 円
					令和 年 月 日まで	付加 円
						計 円

記入例 療養費支給申請書

請求者の記入するところ	被保険者等の記号・番号	記号	6	3	番号	1	2	3	4	5	6	7	事業所の名称	リケンNPR株			
	被保険者(請求者)の氏名	健康 幸人				被保険者の生年月日	昭和	年	月	日	平成	5	6	0	5	0	5
	被保険者(請求者)の住所	〒	3	6	0	-	0	0	4	1	埼玉県熊谷市宮町18-20	電話	090	-	1234	-	5678
	傷病名	風邪				発病又は負傷の年月日	令和	8	年	9	月	20	日				
	傷病又は負傷の原因	旅行中、発熱し滞在先の診療所に受診した															
	傷病の経過	翌日熱が下がった。															
	診療又は手当を受けた医師、歯科医師其の他	氏名又は名称				住 所											
		長野秋桜診療所 コスモ薬局				長野市花咲町1234 長野市花咲町1234-2											
	診療又は手当の内容	検査と投薬															
	診療又は手当の期間	令和	8	年	9	月	20	日より	診療又は手当に要した費用の額	15,000							円也
	令和	8	年	9	月	20	日まで										
療養の給付を受けることが出来なかった理由	資格確認書を持っていなかったため医療費を全額支払った																
第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい																
申請が扶養者に関するときはその者の氏名					被扶養者の生年月日	昭和	年	月	日	続柄							
					昭和	年	月	日	続柄								
委任状	本申請に基づく受領を事業主に委任します。																
	令和	8	年	6	月	20	日	被保険者氏名(自署)	健康 幸人								

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。

←番号は左詰めでご記入ください。

←院外処方の場合、薬局の医療機関名と住所も同じ欄にご記入ください。

←医師の指示書の内容をご記入ください。

←支払った医療費の総額をご記入ください。

領収証の原本と、診療明細を添付してください。

←第三者行為とは、「相手のいる交通事故」「飼い主の責任が伴う飼い犬による咬創」「お店で食べたものによる食中毒」など第三者の過失・故意によるケガや病気のことです。

←ご家族の申請の場合こちらにご記入ください。

←事業所が代理で受領し、給与口座へ振り込む形式をとるため、委任状のご記入をお願いします。

←必ず手書きでご記入ください。

令和 8 年 6 月 20 日

受付年月日

※この申請書は、所属事業所担当を経由して提出してください。

- 【添付書類】
- ①領収証の原本
 - ②医師の指示書や検査結果等(原則として原本)
 - ③既製品の場合は、装着した4方向の写真(前後、両側面)
 - ④医療費の立替払いをした場合は、診療報酬明細書または診療明細書