

療養費支給決定伺		常務理事	事務長	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	
(1)診療又は手当に要した費用の額		(2)一部負担額		(3)差引支給額	
円		円		円	

受 付



被 保 険 者
被 扶 養 者

療 養 費 支 給 申 請 書

R5.9.1~

被保険者証の 記号番号	フリガナ				
	被保険者の 氏名と印	(印)			
被保険者の 現 住 所				電 話 番 号	
フリガナ	生 年 月 日	年 月 日	被 保 険 者 と 続 柄		
申請が被扶養者の ものであるときは その者の氏名					
事業所の名称					
傷 病 名	発病又は負傷 の 年 月 日		年 月 日		
発病又は負傷 の 原 因					
傷病の経過					
手当を受けた医師 又は歯科医師、 その他の者の 住 所、氏 名					
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入院期間 年 月 日～ 年 月 日		コルセット装着日 年 月 日		
診 療 又 は 手 当 の 期 間	年 月 日から	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					
第三者の行為 による負傷で あるとき	その事実 と届出の 有 無	有・無	加 害 者 の 氏 名		
			加 害 者 の 住 所		〒 _____

※資格喪失後の被保険者(本人)が直接受領するときは、振込先JA名を記入してください。

振込先JA名	JA	口座氏名(カタカナ)	
	支店・支所	口座番号(普・当)	

和歌山県農協健康保険組合理事長殿

上記金額の受領方を事業主 名称
氏名

に委任します。

被保険者の氏名・印

(印)

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緊急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にはその診療又は手当に要した費用を申請するものであること。
 (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明細書及び領収書(原本)。
 2 血液代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(原本)及び領収書(原本)。
 3 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られた医師の証明書(原本)及び領収書(原本)。