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 至　年　月　日 日間	決定年月日	年　月　日		
支払年月日	年　月　日	資格 取得	年　月　日		
		資格 喪失	年　月　日		

受付

(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

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

R5.9.1～

資格情報のお知らせ等に記載の記号・番号をご記入ください。

被保険者証の	記号 99	フリガナ	ケンポ タロウ
	番号 999	被保険者の氏名と印	健保 太郎 ㊞
被保険者の現住所	和歌山市美園町5丁目1番地の1		電話番号 073-436-0502
フリガナ 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	平成〇年 〇月 〇日
		被保険者との続柄	本人
事業所の名称	〇〇農業協同組合		
傷病名	変形性膝関節症	発病又は負傷の年月日	令和〇年 〇月 〇日
発病又は負傷の原因	加齢		
傷病の経過	治療中		
手当を受けた医師又は歯科医師、その他の者の住所、氏名	〇〇病院 〇〇 〇〇医師 和歌山県〇〇市〇〇		
診療又は手当の内容	治療用装具の作成	入院期間	年 月 日～ 年 月 日
		コルセット装着日	令和〇年 〇月 〇日
診療又は手当の期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	手当に要した費用の額	￥ 25,000
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	〒

申請対象者が被保険者の場合は、被保険者の生年月日を記入してください。

治療用装具作成による申請の場合は、記入の必要はありません。

該当する場合は、別途「第三者行為による傷病届」等の提出をお願いします。

※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 支店・支所	口座氏名(カタカナ) 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 〇〇農業協同組合
氏名 事業主〇〇 〇〇 に委任します。

被保険者の氏名・印 健保 太郎 ㊞

（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た医師の証明書（原本）及び領収書（原本）。