届書コード	※支給決定・支出決議書						常務理事	部 長	課 長	主 任	担当者
6 3 5	決定日	年 月 日		支給日	年 月 日						
資格関係照合	取得	強制	年 月 日	喪失	強制	年 月 日					
		任継	年 月 日		任継	年 月 日					

支給期間	年 月 日 年 月 日 日間	診療 日 食事 回	支給決定額 (要¥マーク・訂正不可)	百万	拾万	万	千	百	拾	円

申請区分	通入区分	支給額の計算
1. 証等交付(・ ・)前の受診 2. やむを得ず証持参できず 3. 治療用装具 4. はり・きゅう・マッサージ 5. 保険診療が受けられない 6. その他 ( )	1. 通院 2. 入院 **国海区分** 1. 国内 2. 海外	査定診療費用 給付率 診療支給額 円 × $\frac{\quad}{10}$ = 円 食事療養費 食事負担額 食事支給額 円 − 円 円

被扶養者認定日(・ ・)	備考	

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者等の記号番号	被保険者の生年月日	事業所の名称
	昭・平 年 月 日	

被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者との続柄	
傷病名			発病又負傷の年月日	令和 年 月 日		
発病又は負傷の原因	負傷場所	1. 原因不明 2. 業務中 3. 通勤途上 4. 私用中 5. その他 ( )				
	負傷状況		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ			
傷病の経過						
診療を受けた医療機関又は医師の	名称又は氏名					
	所在地又は住所					
診療の期間 (コルセット装着年月日)	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間	診療の内容				
保険診療を受けることのできなかった理由	ア. 証等交付前の受診 イ. 治療用装具 ウ. はり・きゅう・マッサージ エ. やむを得ず証持参できず オ. 保険診療が受けられない **カ. オの場合は理由を詳しく記入して下さい。** ( )		診療等に要した費用 円			
備考欄		被保険者等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、備考欄へ記載してください。 (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。)				

上記のとおり請求します。

年 月 日

大阪ニット健康保険組合理事長 様

〒 −

被保険者の住所
(請求者)

氏名

電話 ( ) −

被保険者が在職中のとき		被保険者が退職しているとき				
領収委任状	この給付金の領収方を私の勤務する事業所事業主に委任します。 年 月 日 被保険者の氏名	給付金振込口座	1. 振込 2. 当地	金融機関コード		
			金融機関名	銀行	支店	
			預金種別	普通	口座番号	
			(フリガナ) 口座名義人			

(1) やむを得ず健康保険証等を持参せず受診した場合は、療養費支給明細書又は診療報酬明細書（レセプト）及び領収書（原本）を添付して下さい。なお、やむを得ないものと認められない場合は、支給できませんので、理由は詳しく記入して下さい。

(2) **装具の場合は、装具を必要とした医師の意見書および装着証明書と装具の領収書（原本）を添付して下さい。**

(3) 海外療養費の場合は、必ず事業主を経由し、診療・領収明細書を翻訳したうえで、請求して下さい。