

記入例

療養費（本人・家族）支給申請書

支給決定額	療養費	¥
	高額療養費	¥
	家族療養付加金	¥
支給決定期間	・	日間
	・	

事務長	担当者	担当者	入力者
受付日			

被保険者証等記号番号 1 - 12345		被保険者氏名 名 鉄 太 郎 ㊟	
現 住 所	〒 123-4567 名古屋市中村区名駅 1 - 2 - 3		
傷 病 名	感冒 ※原因がケガによる時は負傷原因報告書を添付すること	発病または負傷年月日 平成・令和 7 年 7 月 1 日	
申 請 理 由	※当てはまる項目にチェックを入れ、該当する書類(申請書下部参照)を添付してください <input checked="" type="checkbox"/> 保険証等を携帯していなかったため → ① ② <input type="checkbox"/> 以前加入の保険証等で受診したため → ① ② <input type="checkbox"/> 治療用装具等を作製したため → ① ③ ④ ⑤ <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡等を作製したため → ① ③		
受 診 期 間	令和 7 年 7 月 1 日 1日間 令和 年 月 日 入院・外来	診察に要した費用 領収書の金額を記入してください 円	
診 察 を 受 け た 医 師 の 氏 名	わかれば記入してください	医療機関名称 所在地	受診した病院名と所在地を記入してください
第三者行為による ものですか	はい ・ いいえ	※第三者行為による時は別途届出が必要です	
被扶養者のときは その氏名	被扶養者の時は記入してください	昭和 平成 28 年 7 月 26 日生 令和	続 柄 長男
照 会 同 意 欄 受領委任	請求金額の受領を下記事業主（または代務者）に委任します。 被保険者氏名 名 鉄 太 郎 ㊟ 病院その他関係機関へ傷病に関する照会を行うことに同意します。 (上欄と同一の印鑑を使用すること)		
証 明 欄	所 属 長 役 職 氏 名 記入・押印してください 印	事 業 主 ま た は 代 務 者 記入・押印してください 印	

※【添付書類】①. 領収書の原本 ②. 診療報酬明細書（レセプト） ③. 医師の「装着証明書」または「作成指示書」原本
④. 装具の写真（カラー） ⑤. 装具作製確認書