

被保険者
家 族

療養費支給申請書

(装具)

被保険者の
注意事項

●●
被保険者等記号と番号は、マイナンバーポータル「資格情報」の「健康保険(検証)」の「必要のない場合」は照会する必要のある場合、健康保険(検証)の「必要のない場合」は照会してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号 9999 番号 99999	事業所の名称 (勤務先)	(株)〇×商事			
	傷病名	右足靭帯損傷		発病または 負傷の年月日	平成・令和 〇年 2月 2日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病または 負傷の原因	スキー中転倒し、負傷(相手なし)					
	診療を受けた 病院等の 名称	健保総合病院		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	診療の内容	装具装着					
	診療の期間	自	令和 〇年 2月 2日	1日間	診療に要した 費用の額	金 22,000円也	
	療養の給付を受 けることができ なかった理由	補装具製作所が保険契約なき為					
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	あ る な い	第三者の行 為によつて 負傷した ときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い		
	申請者が被扶養 者に関するとき はその者の	氏名	生年 月日	昭 平 令	年 月 日生	被保険者 との続柄	
	と こ ろ	上記のとおり領収書添付のうえ申請します。 〒103-0001 被保険者の住所 東京都中央区〇〇1-1-1 (請求者) 氏名 健保 一郎 TEL 03(9999)〇〇〇〇					
同 意 書	療養費の支給申請にあたり、東京ニットファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師や施術者等に、 受診や施術および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。 令和 〇年 2月 22 被保険者氏名 健保 一郎 適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。 この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。 また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。						

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	
	フリガナ	
	口座名義	

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、
個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入
してください。(委任状は不要です)
※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号
8桁」を記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 2月 22	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

【添付書類】

- ①療養費支給申請書
 - ②保険医の作成指示書(原本)
 - ③装具作成時の領収書(原本)
 - ④作成装具の写真(靴型装具のみ)
- ※負傷の場合「負傷原因届」添付してください。

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

被保険者
家族

療養費支給申請書

(前保険者から医療費の返還
請求があり支払った場合)

被保険者の
注意事項

●●
被保険者等
の欄に記号
と番号を
記載する
事項は、
マイナポ
ータルに
記載して
いただく
医療情報
の照会に
必要な
書類(健康
保険証)を
提出する
場合、
必ず
提出する
ことをご
確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号 9999 番号 99999	事業所の名称 (勤務先)	(株)〇×商事			
	傷病名	右足靭帯損傷		発病または 負傷の年月日	平成・令和 〇年 2月 2日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病または 負傷の原因	スキー中転倒し、負傷(相手なし)					
	診療を受けた 病院等の 名称	健保総合病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
	診療の内容	MRI撮影					
	診療の期間	自令和 〇年 2月 2日 至令和 〇年 2月 2日	1日間	診療に要した 費用の額	金 22,000円也		
	療養の給付を受 けることができ なかった理由	受診時の資格情報が前保険者だったため					
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	ある なし	第三者の行 為によって 負傷した ときは	その事実の届出の有無	ある・ない		
	申請者が被扶養 者に関するとき はその者の	氏名	生年 月日	昭 平 令	年 月 日生	被保険者 との続柄	
	同意書	上記のとおり領収書添付のうえ申請します。 〒103-0001 被保険者の住所 東京都中央区〇〇1-1-1 (請求者) 氏名 健保 一郎 TEL 03(9999)〇〇〇〇 療養費の支給申請にあたり、東京ニットファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師や施術者等に、 受診や施術および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。 令和 〇年 2月 22 被保険者氏名 健保 一郎 適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。 この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。 また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。					

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	
	フリガナ	
	口座名義	

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 2月 22	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、
個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入
してください。(委任状は不要です)

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号
8桁」を記入してください。

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

【添付書類】

- 療養費支給申請書(医療機関・調剤薬局ごと)
 - 前保険者から届いた診療報酬明細書(原本)
 - 前保険者に支払った領収書(原本)
- ※ 負傷の場合「負傷原因届」添付してください。

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

被保険者
家族

療養費支給申請書

(医療費を全額
自己負担した場合)

被保険者の
注意事項

●●
被保険者等記号と番号は、マイナンバーポータル「資格確認書(健康保険(検証)のない場合は照会)」の必要のある場合、健康保険(検証)のない場合は照会してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号 9999 番号 99999	事業所の名称 (勤務先)	(株)〇×商事			
	傷病名	右足靭帯損傷		発病または 負傷の年月日	平成・令和 〇年 2月 2日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病または 負傷の原因	スキー中転倒し、負傷(相手なし)					
	診療を受けた 病院等の 名称	健保総合病院		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	診療の内容	MRI撮影					
	診療の期間	自令和 〇年 2月 2日 至令和 〇年 2月 2日		1日間	診療に要した 費用の額	金 22,000円也	
	療養の給付を受 けることができ なかった理由	医療機関にて資格情報の確認が取れなく全額自己負担したため					
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	あ る な い	第三者の行 為によつて 負傷した ときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い		
	申請者が被扶養 者に関するとき はその者の	氏名	生年 月日	昭 平 令	年 月 日生	被保険者 との続柄	
	と こ ろ	上記のとおり領収書添付のうえ申請します。 〒103-0001 被保険者の住所 東京都中央区〇〇1-1-1 (請求者) 氏名 健保 一郎 TEL 03(9999)〇〇〇〇					
同 意 書	療養費の支給申請にあたり、東京ニットファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師や施術者等に、 受診や施術および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。 令和 〇年 2月 22 被保険者氏名 健保 一郎 適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。 この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。 また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。						

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	
	フリガナ	
	口座名義	

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、
個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入
してください。(委任状は不要です)
※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号
8桁」を記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 2月 22	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎
	受付日付印	

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

【添付書類】

- ①療養費支給申請書(医療機関・調剤薬局ごと)
 - ②診療報酬明細書(領収明細書ではありません)(原本)
 - ③領収書(原本)
- ※負傷の場合「負傷原因届」添付してください。

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

被保険者
家族

療養費支給申請書

(鍼きゅう)

被保険者の
注意事項

●●
被保険者等記号と番号は、マイナンバーポータル「資格情報」の「健康保険(必要のない場合は照会)」の「資格確認書(健康保険証)」を確認してください。
●●
同被保険者等記号と番号は、マイナンバーポータル「資格情報」の「健康保険(必要のない場合は照会)」の「資格確認書(健康保険証)」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号 9999 番号 99999	事業所の名称 (勤務先)	(株)〇×商事			
	傷病名	五十肩		発病または 負傷の年月日	平成・令和 〇年 2月 2日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病または 負傷の原因	不詳					
	診療を受けた 病院等の 名称	健保鍼灸院		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	診療の内容	鍼きゅう					
	診療の期間	自	令和 〇年 2月 2日	1日間	診療に要した 費用の額	金 22,000円也	
	療養の給付を受 けることができ なかった理由	償還払いのため					
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	あ る な い	第三者の行 為によつて 負傷した ときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い		
	申請者が被扶養 者に関するとき はその者の	氏名	生年 月日	昭 平 令	年 月 日生	被保険者 との続柄	
	同意書	上記のとおり領収書添付のうえ申請します。 〒103-0001 被保険者の住所 東京都中央区〇〇1-1-1 (請求者) 氏名 健保 一郎 TEL 03(9999)〇〇〇〇 療養費の支給申請にあたり、東京ニットファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師や施術者等に、 受診や施術および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。 令和 〇年 2月 22 被保険者氏名 健保 一郎 適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。 この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。 また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。					

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	
	フリガナ	
	口座名義	

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 2月 22	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、
個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入
してください。(委任状は不要です)

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号
8桁」を記入してください。

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

【添付書類】

- ①療養費支給申請書
- ②保険医の施術同意書
- ③施術内容証明書(原本)
- ④領収書(原本)

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

被保険者
家族

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

被保険者の
注意事項

●●
被保険者等記号と番号は、マイナンバーポータル「資格情報」の「健康保険(必要のない場合は照会)」の「資格確認書(健康保険)」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号と番号	記号 9999 番号 99999	事業所の名称 (勤務先)	(株)〇×商事			
	傷病名	筋麻痺		発病または 負傷の年月日	平成・令和 〇年 2月 2日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病または 負傷の原因	不詳					
	診療を受けた 病院等の 名称	健保指圧院		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
	診療の内容	マッサージ					
	診療の期間	自令和 〇年 2月 2日 至令和 〇年 2月 2日		1日間	診療に要した 費用の額	金 22,000円也	
	療養の給付を受 けることができ なかった理由	償還払いのため					
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	あ る な い	第三者の行 為によつて 負傷した ときは	その事実の届出の有無	あ る ・ な い		
	申請者が被扶養 者に関するとき はその者の 氏名			生年 月日	昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日生 被保険者 との続柄	
	と こ ろ	上記のとおり領収書添付のうえ申請します。 〒103-0001 被保険者の住所 東京都中央区〇〇1-1-1 (請求者) 氏名 健保 一郎 TEL 03(9999)〇〇〇〇					
同 意 書	療養費の支給申請にあたり、東京ニットファッション健康保険組合が医療機関および療養担当医師や施術者等に、 受診や施術および療養状況等について照会を行い、また当該者が照会に対し回答することに同意いたします。 令和 〇年 2月 22 被保険者氏名 健保 一郎 適正な審査のため、同意していただきますようお願いいたします。 この同意書の記載がない場合でも審査は行いますが、審査の過程で必要な場合は再度依頼することがあります。 また、再依頼に対して提出がない場合は不支給決定となることもありますのでご了承ください。						

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号 (右詰め)	
	フリガナ	
	口座名義	

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、
個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入
してください。(委任状は不要です)

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号
8桁」を記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 2月 22	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

【添付書類】

- ①療養費支給申請書
- ②保険医の施術同意書
- ③施術内容証明書(原本)
- ④領収書(原本)

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

領 収 (診 療) 明 細 書

【 医 科 入 院 外 】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間		令和	年	月	日	から
				令和	年	月	日	まで
				(診療実日数)				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数				
再 診	再診	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
	深夜	×	回					
医学管理								
在 宅	往診		回					
	夜間		回					
	深夜・緊急		回					
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回					
投 薬	内服薬剤		単位					
	調剤	×	回					
	屯服薬剤		単位					
	外用薬剤		単位					
	調剤	×	回					
処 方	処方	×	回					
	麻毒基		回					
注 射	皮下筋肉内		回					
	静脈内		回					
	その他		回					
処 置	薬剤		回					
手 術 酔	薬剤		回					
検 査	薬剤		回					
画 診 像 断	薬剤		回					
そ の 他	処方せん		回					
	薬剤		回					
合計				円				
				減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)				
上記のとおり領収(診療)いたしました。								
令和 年 月 日								
医療機関の所在地								
医療機関の名称								
医療機関の電話番号								
医師の氏名								

備考 すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

東京ニッポフアッション健康保険組合

領収(診療)明細書【歯科】

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日							
傷病名部位		診療期間		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	(診療実日数) 日									
初診	時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	乳・深夜()	障()	障導()	点					
再診	時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障 ×							
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他				
投薬・注射	内屯外注		調 × ×	処方 ×	情 × + ×	処 × ×	注 × ×								
X線 ・ 検査	全顎	枚	摸 ×	S培 ×	平測 ×	基本 × ×	精密 × ×	その他							
	標 × ×		写 ×	継管診 ×	測 ×	検 × ×	検 × ×								
検査	パ × ×		EMR × × × ×			査 × ×	査 × ×								
処置・ 手術	う触	×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×							
	抜	×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜 ×	感 ×	加 ×	生切 ×						
	髓	×	根抛 ×	貼薬 ×	充 ×	髓即充 ×	根即充 ×	圧即充 ×	失切 ×						
	スケーリング	× + ×	SRP	前 ×	小 ×	大 ×	Pcur 前 ×	小 ×	大 ×	P処 ×					
	抜歯	乳 ×	前 ×	臼 ×	難 ×	埋 × + ×		切開 × ×							
その他							特定薬剤								
麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他												
補診		維持管理	× × ×	印象	× × × × × × × × × × × ×										
歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	歯冠形成	(生前 × 活) 鑄ジ × 乳 ×	(失前 × + × 活) 鑄ジ × + × 乳 × + ×	(窩 × 洞) ×	充形 × 修形 ×	咬合 × × × × × × × ×	試適 × × × × × × × ×	支台築造	メタル	前小 ×	大 ×	その他	前小 ×	大 ×	
	鑄造 歯冠 修復	インレ単純	×	インレ複雑	×	前歯3/4冠	×	4/5冠	×	全部鑄造冠	前装鑄造冠	ジ ×	EE	×	研磨 ×
		乳前小銀	×	×	×	×	×	×	硬ジ	×	充填	× × ×			
		前小パ	×	×	×	×	×	×	乳	×	充填材料	充I	× × ×		
		前小二	×	×	×	×	×	×	修理	×		充II	× × ×		
		大パ	×	×	×	×	×	×	装着	× ×		充III	× × ×		
		大銀	×	×	×	×	×	×	装着	× ×	その他	×			
大二		×	×	×	×	×	×	装着	× ×	リティナー	× × ×				
14K	×	×	×	×	×	×	材料	×	仮着	× × ×					
ホントイック	鑄造	パ大 × ニ ×	パ小 × 銀 ×	裏装	パ大 × 14K ×	パ小 × 他 ×	Br 装着 ×	×	×	パ	×	ニ	×	×	
有床義歯	1~4 歯	×	×	×	×	×	×	線鉤	14 双 ×	不・双 ×	×	×	×	×	
	5~8 歯	×	×	×	×	×	×	線鉤	K 双 ×	レオ有 ×	×	×	×	×	
	9~11 歯	×	×	×	×	×	×	線鉤	×	×	×	×	×	×	
	12~14 歯	×	×	×	×	×	×	線鉤	×	×	×	×	×	×	
	総義歯	×	×	×	×	×	×	線鉤	×	×	×	×	×	×	
その他															
その他															
摘要											円				
										合計	減額 割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)				
上記のとおり領収(診療)いたしました。											令和 年 月 日				
医療機関の所在地															
医療機関の名称															
医療機関の電話番号															
医師の氏名											Ⓢ				

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

東京ニトフアッション健康保険組合

