1．立替払いの場合

記入例１

被保険者 / 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	○○　太郎			
	123	12345					
被扶養者の場合はその氏名	氏名	○○　花子	生年月日	平成 20 年 7 月 16 日	被保険者との続柄	長女	
事業所の名称	コクヨ＊＊株式会社		事業所の所在地	(〒537－＊＊＊＊) 大阪市東成区大今里南＊-＊			
傷病名	風邪（発熱）		発病または負傷の年月日	令和　3　年　1　月　3　日			
発病または負傷の原因	不明						
傷病の経過	完治						
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	○○病院	所在地及び電話番号	〒○○○－1234 ○○市○○町 3-5-7 TEL.○○○○-○○-○○○○			
	氏名	東西　一郎					
診療又は手当の内容	診察、投薬		入院期間	自　年　月　日 至　年　月　日			
			装具装着日	年　月　日			
診療又は手当を受けた期間	自 令和３ 年 1 月 3 日 至　年　月　日　1 日間		診療又は手当に要した費用の額	金　15,000 円也			
保険診療を受けられなかった理由(詳しく)	1. 治療上必要な装具を装着した。 2. 保険証を保険医療機関の窓口に提出できなかったために、療養給付が受けられなかった。 提出できなかった理由（　旅行中で保険証不携帯だった為　） 3. その他（　　）						
第三者の行為による負傷であるとき	届出の有無	有　・　無	加害者の氏名				
			加害者の住所				

私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記の通り申請します。

令和３ 年 1 月 20 日　　〒○○○－1234

被保険者　住所　○○市○○町 3-5-7

コクヨ健康保険組合理事長　殿　　氏名　○○　太郎

●退職者は振込先を記入してください。（任意継続者は保険料引落口座になります）

振込先	口座名義	フリガナ 氏　名
	銀　行	銀行　　支店 普通　・　当座　　口座番号：

立替払の場合の添付書類･･･①領収書の原本(診療内容がわかる領収書の場合、②は不要)
②診療内容明細書又は医療機関等発行のレセプト原本

(2024)

2. 治療用装具装着の場合

記入例 2

被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	○○ 太郎			
	123	13579					
被扶養者の場合はその氏名	氏名		生年月日	昭和 55年8月10日	被保険者との続柄	本人	
事業所の名称	コクヨ＊＊株式会社		事業所の所在地	(〒537－****) 大阪市東成区大今里南＊-＊			
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		発病または負傷の年月日	令和 2 年 6 月 15 日			
発病または負傷の原因	不明						
傷病の経過	療養中						
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	○○病院	所在地及び電話番号	〒○○○－1234 ○○市○○町3-5-7 TEL.○○○○-○○-○○○○			
	氏名	南北 四郎					
診療又は手当の内容	入院及び手術		入院期間	自 令和3 年 1 月 20 日 至 令和3 年 2 月 7 日			
			装具装着日	令和3 年 2 月 2 日			
診療又は手当を受けた期間	自 令和3 年1 月 15日 至 令和3 年2 月 7日 24 日間		診療又は手当に要した費用の額	金 23,278 円也			
保険診療を受けられなかった理由(詳しく)	①. 治療上必要な装具を装着した。 2. 保険証を保険医療機関の窓口に提出できなかったために、療養給付が受けられなかった。 提出できなかった理由（ ） 3. その他（ ）						
第三者の行為による負傷であるとき	届出の有無	有 ・ 無	加害者の氏名				
			加害者の住所				

私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記の通り申請します。

令和3 年 2 月 20 日

〒○○○－1234

被保険者 住所 ○○市○○町3-5-7

コクヨ健康保険組合理事長 殿

氏名 ○○ 太郎

●退職者は振込先を記入してください。（任意継続者は保険料引落口座になります）

振込先	口座名義	フリガナ 氏名
	銀行	銀行 支店 普通 ・ 当座 口座番号：

装具装着の場合の添付書類・・・①医師の意見書/装着証明書(原本) ②装具の領収書(原本)

(2024)