

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
標準報酬	千円			
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			

### 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 または個人番号（マイナンバー）	—			事業所の名称	
被保険者の氏名					
傷病名				発病または負傷の年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当をした場所 （医療施設等）	名称				医師の氏名
	所在地				
診療又は手当の内容					
診療又は手当を受けた期間 もしくは装具を装着した日	年 月 日から		年 月 日		日間
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由					
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			加害者の氏名	
				加害者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	氏名			生年月日	被保険者との続柄
振込希望の銀行 （被保険者口座）	普通 当座	銀行	支店		
（口座名義人）					
上記のとおり申請します。 年 月 日					
被保険者の住所 〒 —					
氏名					
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿					

※注意事項

申請の際は領収書・診療報酬明細書の原本を添付してください。

また、治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか「装具作製確認書」も提出してください。

受付日付印