

様式番号
給 5

※支給決定年月日 令和 年 月 日

部長	課長	扱	合議

## 給付決定伺

※

事業所記号	被保険者番号	日数

※

支出項目	金額
法定給付費	療養費・第二家族療養費

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者証の記号と番号	-	資格取得	資格喪失
事業所の名称			
傷病名			
発病又は負傷の原因	発病又は負傷の年月日	令和	年 月 日
傷病の経過			
診療又は手当を受けた医師、歯科医師その他の者の住所氏名			
診療内容			
診療を受けた期間(治療用装具作製指示日)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	診療又は手当に要した費用額	金 円也
保険診療を受けることができなかった事由	○治療用装具を作製した(コルセット・治療用眼鏡・弾性着衣) ○保険証を提示することができなかった(健保組合へ手続中・保険証不携帯) ○その他(理由 )		
第三者の行為によるものの場合(住所、氏名、不詳のときはその旨)			
被扶養者が受けるためのものであるときはその氏名	被扶養者の生年月日	被保険者の続柄	

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり申請いたします。  
なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】。

令和 年 月 日 被保険者 住所  
(自署) 氏名  
TEL - -

上記の申請について誤りのないことを証明します。

事業所名  
事業主名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

\*注 【同意します・同意しません】について、選択がない場合は、同意されたものとみなします。  
\*注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。  
その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。  
\*注 申請書は原則事業主経由での提出となります。事業主経由での提出を希望されない方は事前に当組合へお申し出ください。

※添付書類については、本申請書ウラ面をご確認ください。

## 添付書類一覧（いずれも原本での提出が必要です）

※申請内容確認のため、この他の書類を追加でお願いする場合があります。

療養費の支給対象事由	申請に添付する書類
急病等により、保険証を持たずに受診したとき	領収書、診療報酬明細書（レセプト） ※診療報酬明細書（レセプト）は医療機関や調剤薬局に発行を申し出ていただく必要があります。
他の健康保険等を使用し医療費の返還を行ったとき	領収書、診療報酬明細書（レセプト） 在中の封書
保険医の同意を得て、はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧の施術を受けたとき	領収書、施術内容証明書、 保険医の同意書（①又は②のとき） ①初療日 ②施術継続時は初療日から（6ヵ月毎）
保険医の指示でコルセット・義手・義足・義眼等の治療用装具を購入して装着したとき	領収書、保険医の証明書、装具作製確認書、作製装具の写真 ※写真は①正面 ②側面（左右どちらか一方）③ロゴ・メーカー表記（ある場合）
四肢リンパ浮腫や慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療のため、弾性着衣を購入したとき	領収書、弾性着衣装着指示書
小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作製し購入したとき	領収書、保険医の作製指示書（検査結果を明記したもの） ※9歳未満が対象です
スティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の後遺症により、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき	領収書、保険医の作製指示書（支給対象疾病のために作製指示したことが確認できるもの）
海外で治療を受けたとき	海外の病院で発行された「診療内容明細書」「領収明細書」 日本語翻訳文、パスポート写し、海外医療機関に照会を行うことの同意書
生血液の輸血を受けたとき	領収書、輸血証明書

コルセット等の装具写真は下記のいずれかの方法でご提出ください。

- (1) 撮影した写真を専用台紙に貼付して、申請書と一緒に提出  
専用台紙は健保ホームページからダウンロードできます（様式番号：給5-2）
- (2) 撮影した写真の画像データを健保組合までメールで送信

【送信先】 [kyuuhu@hokunoukenpo.or.jp](mailto:kyuuhu@hokunoukenpo.or.jp)

【送信方法】 ①『件名』に「記号」「番号」「被保険者氏名」を記入

②『本文』に「装具作製対象者氏名」「連絡先電話番号」を記入

③写真を添付