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 被扶養者 療養費支給申請書

※◎この請求書は、「被保険者」・「家族」いずれの請求にもお使いいただける様式です。請求の際は「被保険者」「家族」のどちらかを二重線で抹消願います。※印の欄は記入しないでください。

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(治療用装具作成指示日)	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	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 ◯・保険証を提示することができなかった(健保組合へ手続き中・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	昭・平・令　・　・
被保険者との続柄			

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（自署）　住所

氏名

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】については選択される方に○をしてください。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(いずれも原本のこと)
1. 自費診療代:「診療報酬明細書(レセプト)」、「領収書」
2. コルセット、ギプス、義肢等:「装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書」「領収書」「装具作成確認書」「当該装具の写真」