

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書（立替払い・治療用装具）

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	社員番号		所属及び 部署名	
	個人番号(※) マイナンバー					※記号・番号がわからない場合のみ記入してください	
	被保険者 氏名 (自署)	フリガナ			住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 -	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			電話	()	

申 請 内 容	受診者 (該当に☑)	☐ 本人（被保険者） ☐ 家族（被扶養者）									
	家族の場合は その方の氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄			
	傷病名				発病または 負傷年月日	令和	年	月	日		
	発病の原因お よび経過										
	診療を受けた 医療機関等の 名称・所在地	名称					診療した医師等の氏名				
		所在地									
	診療を受け た期間	令和	年	月	日から	入院の場合 入院期間	令和	年	月	日から	
		令和	年	月	日まで	日間	令和	年	月	日まで	日間
	装具等につ いて指示を 受けた日	令和	年	月	日	診療または 治療用装具 の金額	円				
診療の内容											
療養費の支 給申請の理 由(該当に☑)	☐ 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ☐ 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ☐ 他の保険者で資格喪失後に受信し、返還した医療費を療養費として申請するため ☐ 治療用装具を作成したため ☐ その他 ()										
交通事故等 第三者が原 因ですか	はい			いいえ		業務上や通勤 途上によるも のですか	はい			いいえ	

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀 行 信用金庫						本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通	当座	口座番号						口座名義 (カタカナ)		

《添付書類》 立替払い・・・診療報酬明細書（原本）と医療機関発行の領収書（原本）
治療用装具・・・詳細のわかる領収書（原本）と医師の意見書（原本）
靴型装具の申請をする場合は当該装具の写真（3～4枚）
治療用眼鏡・・・領収書（原本）と医師の作成指示書（写し）

受付日付印