

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払い・治療用装具)

令和 6 年 12 月 1 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	社員番号 〇〇〇〇	所属及び 部署名 人事部	
	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 ケンポ ハナコ 健保花子			住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木ウエスト〇〇〇号室 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	生年月日	昭和 平成 6 年 12 月 20 日				

申請内容	受診者 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (被保険者)		<input type="checkbox"/> 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	インフルエンザ		発病または 負傷年月日	令和 6 年 9 月 1 日			
	発病の原因お よび経過	発熱により受診						
	診療を受けた 医療機関等の 名称・所在地	名称	〇〇〇病院			診療した医師等の氏名	健康 一郎	
		所在地	東京都〇〇区〇〇町7-8-9					
	診療を受け た期間	令和 6 年 9 月 1 日から	1	入院の場合 入院期間	令和	年	月	日から
		令和 6 年 9 月 1 日まで	日間		令和	年	月	日まで
	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☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 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	三菱UFJ	銀行 信用金庫	渋谷明治通	本店 支店	支店番号	470
	預金種別	普通	当座	口座番号	1234567	名義人 (カタカナ)	ケンポ タロウ

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