

# 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(立替払、治療用装具等)

被 保 険 者  ( 申 請 者  の 記 入 欄)	① 被保険者証の 記号番号		(記号) —	(番号) —	② 事業所名						
	被保険者 (申請者)の		③ 氏名及び 生年月日		(フリガナ)	④ 住所		〒 —			
	被扶養者に 関するとき		⑤ 氏名		⑥ 生年月日		昭和 平成 令和	年 月 日		⑦ 続柄	
	⑧ 傷病名		⑨ 発病又は負傷年月日		昭和 平成 令和	年 月 日					
	⑩ 発病又は負傷 の原因及び症 状の経過				⑪ 第三者の行為 が原因で		ある ・ ない		「ある」の場合は、第三者行為による「負傷届」を提出してください。		
	⑪で「ある」と答えた場合は第三者の		⑫ 氏名		⑬ 住所		TEL ( )				
	診療を受けた病院等の		⑭ 名称		⑮ 所在地		⑯ 医師名				
	⑰ 診療の期間		令和 年 月 日 から		日間		⑱ 診療に要した費用の額		円		
			令和 年 月 日 まで		⑲ 診療の内容						
	⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由										

振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他( )		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	令和 年 月 日	委任者との関係 ( )			
	住所	住所			
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人	電話 ( )	氏名	

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

受付年月日

- |            |                    |
|------------|--------------------|
| ■ 立替払の場合   | ■ 治療用装具            |
| 1. 診療報酬明細書 | 1. 医師の意見書及び装具装着証明書 |
| 2. 領収(明細)書 | 2. 領収(明細)書         |

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号																			
---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--