

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)	被保険者証の 記号番号		(記号)	(番号)	事業所名			
	被保険者 (申請者)の		氏名及び 生年月日		(フリガナ)	住所		〒 -
	被扶養者に関 するとき		氏名		生年月日		昭和 平成	年 月 日 続柄
	傷病名				発病又は負傷 年月日		年 月 日	
	発病又は負傷 の原因及び症 状の経過				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。	
	で「ある」と答えた場 合は第三者の		氏名		住所		TEL ()	
	診療を受けた病院等の		名称		所在地		医師名	
	診療の期間		自 年 月 日		日間		診療に要した費用の額 円	
			至 年 月 日				診療の内容	
							療養の給付を受けることができなかった理由	

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	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。						委任者との関係 ()	
	平成 年 月 日						住所	
	住所						電話 ()	
	被保険者 (申請者) 氏名						代理人 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

1. 診療報酬明細書
2. 領収(明細)書

海外で診療を受けた場合は、上記に併せて、翻訳者が署名し、その者の住所及び電話番号を明記した翻訳文が必要となります

治療用装具

1. 医師の意見書及び装具装着証明書
2. 領収(明細)書