

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	① 被保険者等 記号・番号 個人番号 (マイナンバー)	(記号) —		(番号) —		②事業所名		【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。						
申請者 の記入欄	被保険者 (申請者)の 被扶養者に関するとき	③ 氏名及び 生年月日 (クリガナ)	昭和・平成 年 月 日				④住所 (クリガナ)	〒 一 TEL ()						
	被扶養者に関するとき ⑤氏名					⑥生年月日 (クリガナ)	昭和 平成 令和 (クリガナ)	年 月 日	⑦続柄 (クリガナ)					
	⑧傷病名				⑨発病又は負傷年月日 (クリガナ)	昭和 平成 令和 (クリガナ)	年 月 日							
	⑩発病又は負傷の原因及び症状の経過 (クリガナ)							⑪第三者の行為 が原因で (クリガナ)	ある		ない			
	⑪で「ある」と答えた場合は第三者の (クリガナ)		⑫氏名 (クリガナ)				⑬住所 (クリガナ)	TEL ()						
	診療を受けた病院等の (クリガナ)	⑭名称 (クリガナ)			⑮所在地 (クリガナ)				⑯医師名 (クリガナ)					
	⑰診療の期間 (クリガナ)		令和 年 月 日	から	日間	⑱診療に要した費用の額 (クリガナ)	円							
			令和 年 月 日	まで		⑲診療の内容 (クリガナ)								
	⑳療養の給付を受けることができなかった理由 (クリガナ)													

振込口座	□ 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□ 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 (クリガナ)		支店名 (クリガナ)	預金種別 普通 当座 その他()	口座番号 (クリガナ)	口座名義 (クリガナ)

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
 - 診療報酬明細書
 - 領収(明細)書

- 治療用装具
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収(明細)書