

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 へ の 申 請 者 の 記 入 欄	①	被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	②事業所名						
		個人番号 (マイナンバー)									【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。
	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 令和 年 月 日 まで			⑱診療の内容		⑲診療に要した費用の額 円			
	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)	代理人	電話	()	
	氏名	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