

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号			③ 被保険者の生年月日			記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください															
	①		②		昭和 平成	年	月	日														
	④ 被保険者の氏名		(フリガナ)				事業所の	⑤ 名称														
								⑥ 所在地														
	⑦ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号		(フリガナ)																	
					電話 ()																	
	療養が被扶養者に関するときは、その方の		⑧ 氏名		⑨ 生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日		⑩ 被保険者との続柄							
	⑪ 傷病名												⑫ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)				年		月		日	
	⑬ 発病又は負傷の原因及びその経過		(いつ・どこで・どうした)												⑭ 第三者行為によるものですか				0: いいえ 1: はい			
	診療を受けた病院等		⑮ 名称						⑯ 診療した医師氏名													
		⑰ 所在地																				
⑰ 診療の期間(支給期間)		自		年		月		日		⑱ 日数		⑲ 入院・入院外の別		⑳ 入院の場合左記の入院期間		㉑ 診療に要した費用の額						
		至		年		月		日				0: 入院外 1: 入院		自 年 月 日 日間 至 年 月 日		円						
⑲ 診療の内容												㉒ 療養の給付を受けることができなかった理由										
コルセット・ギブス等に関する申請のとき		装 着		年月日		年		月		日		装着日に入院していたかの有無(○で囲む)		入院していた ・ 入院していない								

支 払 金 融 機 関 の 欄	☐ 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。													
	㉕ 金融機関名称		銀行(金庫)信組 農協(漁協) その他()											
	㉖ 預金種別		1: 普通		2: 当座		3: 別段		4: 通知		㉗ 口座番号			
	㉘ 口座名義 カタカナで ご記入ください		※必ず被保険者(請求者)の名義であること											

【添付書類】

療養費立替払い	・ 診療報酬明細書(原本) ・ 領収書(原本)
治療用装具	・ 医師の『装具装着必要証明書』(原本) ・ 領収書(原本) ・ 写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)
治療用眼鏡及び コンタクトレンズ	・ 医師の『治療用眼鏡・コンタクトレンズの作成指示』の写し ・ 患者の検査結果 ・ 領収書(原本)
輪部支持型 角膜形状異常眼用 コンタクトレンズ	・ 医師の『治療用コンタクトレンズの作成指示』の写し (支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの) ・ 領収書(原本)

年 月 日提出

受付日付印