

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

家 族

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の 記号 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 番号 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	氏名 (フリガナ) 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	住所 (〒 -) 電話番号 ()

振 込 先 指 定 口 座	金融機関コード <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 店番 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	金融機関名称 銀行 金庫 本店 出張所 組信 農協 支店
	預金種別 <input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 口座番号 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 2.当座 左づめでご記入ください。
▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。)	口座名義 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日	
	被保険者 (申請者) 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	(〒 -) TEL ()	住所
代理人 (口座名義人) (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係	

『申請書』は2ページに続きます。

添付書類

- 保険証を提示しないでかかった診療費などのときは、**領収書**と**診療報酬明細書**を付けてください。
- 国民健康保険等でかかった診療費などのときは、**領収書**と**診療報酬明細書**を付けてください。
※ 診療報酬明細書の内容によって申請書の追加を依頼する場合があります。
- コルセット・ギブス・装具等の申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認めた医療担当者の証明書」及び「領収書(装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載されたもの)」を付けてください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入とた場合は不要です)

年 月 日 提出
受付年月日

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
 家 族

被保険者氏名

申請内容	①受診者	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)		
	①-1家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	②傷病名		③ 発病または 負傷年月日	年 月 日
	④発病の原因および経過 (詳しく)	原因および経過 ()		
	⑤診療を受けた医療機関・薬局の	名 称	所在地	診療した医師の氏名
		名 称	所在地	診療した医師の氏名
	⑥診療を受けた期間	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> から	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> まで	日間
	⑥-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> から	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> まで	日間
⑦診療に要した費用の額	_____ 円			
⑧診療内容				
⑨療養費の支給申請の理由	※該当する理由の番号をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1.入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2.緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3.誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4.治療用装具を作成したため 9.その他 ()			