

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書 (立替払・治療用装具等)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号番号	記号	番号	事業所名		
	被保険者(申請者)の氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	被保険者(申請者)の住所・電話番号	〒	—	電話番号(平日昼間)	—	
	被扶養者に関する申請のときはその氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄
	傷病名			発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	
	発病または負傷の原因および経過	※ケガの場合は併せて「負傷原因届」を提出してください				
	傷病の原因は第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	診療を受けた医療機関等の名称・所在地・医師等の氏名	名称 所在地 診療した医師等の氏名				
	診療を受けた期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間 上記期間のうち、入院期間 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間				
	診療の内容					
	治療用装具の場合	装着日 令和 年 月 日				
	治療用装具の費用又は診療に要した費用	円				
	療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 保険証を持っていなかったため(理由.....) <input type="checkbox"/> 誤って以前加入していた保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他(.....)				
	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。④口座情報の反映には登録から数日を要します(利用する場合はチェック☑してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。)				
	被保険者名義	.....銀行・信金・その他(.....).....支店 普通預金 口座番号.....フリガナ 口座名義.....				

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付印

健保組合記入欄

支給決定年月日	令和 年 月 日	支給額	円
---------	----------	-----	---