

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

被保険者証の記号番号	記号	生年月日	昭和	平成	年	月	日	被保険者資格取得日	平成	令和	年	月	日					
	番号																	
被 保 険 者 氏 名	フリガナ																	
被 保 険 者 住 所	〒																	
	電話 ( )																	
療養が被扶養者のときは、その者の氏名	フリガナ										続柄	生年月日		昭和	平成	年	月	日
被保険者の振込先	銀行 支店 普通当座 No.																	
	口座名義 (カナ)																	
発病又は負傷年月日	令	和	年	月	日	傷病名												
発病又は負傷の原因及び経過											第三者の行為によるものですか		いいえ ・ はい					
診療を受けた医療機関	名 称					診療を担当した医師名												
	所在地																	
診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	区 分	入院の場合左記の入院期間					診療に要した費用の額						
							日	入院外	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間									
	至	年	月	日		入院												
診療の内容																		
療養の給付を受けることができなかった理由																		

◎自費診療（立替払い）に関する申請のときは、「診療報酬明細書（レセプト）」と「領収書」の原本を添付してください。

◎輸血及びコルセット等治療用具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」の原本を添付してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印