

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 1	生年月日	昭和 平成	年 4	月 7	日 1	被保険者資格取得日	昭和 平成	年 2	月 2	日 1	1	0	1
被保険者名	ケンポ タロウ 健保 太郎													
被保険者住所	〒106-0000 東京都港区中央 1-2-3 電話 03 (1234) 5678													
療養が被扶養者のときは、その者の氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄	妻		生年月日	昭和 平成	年 4	月 8	日 0	3	0	8		
被保険者の振込先	三菱UFJ 銀行 港 支店 普通当座 No. 1234567 口座名義 (カナ) ケンポ タロウ													
発病又は負傷年月日	令和 0	年 1	月 1	日 1	傷病名	左上腕骨折								
発病又は負傷の原因及び経過	自宅階段でつまづき転倒 自宅近くの病院で処置を受ける。						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	〇×△医院				診療を担当した医師名	健康 一郎							
	所在地	東京都港区中央 2-1-1												
診療の期間 (支給期間)	自	年 0	月 1	日 1	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			
	至	年 0	月 1	日 1	1	入院外 入院	自令和	年	月	日	日間	※領収書を添付すること 28,000 円		
診療の内容	外科処置													
療養の給付を受けることができなかった理由	「保険証不携帯で受診したため、医療費を全額自己負担することとなった。」 「補装具のため。」など													

◎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