

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

健康保険の 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														
振込先口座  ※被保険者 (従業員)の 口座以外には 振込不可	<input type="checkbox"/> マイナポータル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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。														
	銀行 支店  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				
	至	年	月	日	日	入 院 外 入 院							自令和	年	月
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															

- ◎保険証不携帯による立替払いの申請時は、「領収書」と「明細書」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。
- ◎靴型装具作製した場合は、作製した装具の写真を「治療用装具(靴型装具)の写真について」を参照し添付してください。

令和 年 月 日提出  
受付日付印