

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 1	生年月日	昭和 平成	4	7	1	0	1	2	被保険者資格取得日	平成 令和	2	2	1	1	0	1
被保険者氏名	フリガナ 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	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄	妻		生年月日	昭和 平成	4	8	0	3	0	8					
振込先口座	<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。																
※被保険者(従業員)の口座以外には振込不可	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	1	1	1	1	0	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	<input checked="" type="checkbox"/> はい					
診療を受けた医療機関	名称	O×△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	1	1	1	1	0	日数	日	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	1	1	1	1	0	1	入院	入院外	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																

- ◎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