

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認のための添付書類が必要です。(マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	—		被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日		
	被保険者氏名と印	ツガナ			被保険者住所	〒									
	生年月日	昭和・平成	年	月		日	電話 ()								
	所属部署名及び電話	電話 ()													
	療養が被扶養者のときは、その者の氏名			続柄			生年月日	昭和	平成	年	月	日			
	発病又は負傷年月日	平成	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	自平成	年	月	日	日間		至平成	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															

※下記の書類を添付してください。

- ◆ 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
- ◆ 治療用装具に関する申請のときは、①「医師の証明書(作成指示書)」②「領収書」の原本 ③靴型装具の場合「全体像のわかる写真3枚」
- ①「医師の証明書(作成指示書)」には、患者の氏名・生年月日・傷病名、医療機関の名称・所在地、診察した医師の氏名、医師が治療上必要であると認めた年月日、治療用装具の名称、装着(適合)を確認した年月日が記載されていること。
- ②「領収書」には、料金明細(内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載)オーダーメイド又は既製品の別(既製品の場合は製品名)治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名が記載されていること。
- ③靴型装具の場合「全体像のわかる写真3枚」は、装具現物の写真1枚、患者が実際に装着している写真(正面・横から各1枚)
- ※その他、必要に応じて追加書類を依頼することがあります。

※原則として給与振込口座へのお振込みとなります。

平成 年 月 日提出
受付日付印

1ヶ月以内に給与口座を変更した方 } のみ支払金融機関をご記入下さい。
資格を喪失した方

支払金融機関	銀行		本店	
	信用金庫		支店	
	信用組合			
	支店番号	口座番号(右づめ)		
普通・当座				
口座名義(カナ)				