

健康保険 **療養費支給申請書** (立替払・治療用装具・生血)

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	記号		②被保険者氏名 (申請者)		
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒	—	TEL	()	
	④被保険者生年月日	昭和・平成	年	月	日	⑤所属会社名
	⑥受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) → 被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい				
		被扶養者 氏名		被扶養者 生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	⑦傷病名			⑧発病または 負傷年月日	令和	年 月 日
	⑨発病時の状況または 負傷の原因(具体的に)	* 労災に該当する場合は原則申請できません * 第三者行為が原因の場合は事前にご連絡下さい				
	⑩診療を受けた医療機関	名称		所在地		
	⑪療養費申請理由	<input type="checkbox"/> 医療機関等で資格確認ができず全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 誤って前加入健康保険等の資格で受診したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため * 「靴型装具」作成の場合、写真貼付台紙の添付が必要です <input type="checkbox"/> その他 ()				
	⑫療養に要した費用		円	⑬備考		
	●立替払申請の場合					
	⑭診療期間	令和	年	月	日	～ 令和
				年	月 日	
●治療用装具申請の場合						
⑯装着指示を受けた日	令和	年	月	日	⑰装具装着日	
				令和	年 月 日	

給付金受取先	⑱委任状	被保険者 (申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 <input type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 (※「⑳振込口座欄」の記入は不要です) 氏名: _____ 住所: 「被保険者(申請者)住所」欄と同じ			
	⑲振込口座	銀行・信組		本店	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通
		金庫・農協		支店		<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		口座名義	※カタカナで記入してください		

— 受付印 —

健保使用欄	受理決定日	年 月 日	支給額	円		常務理事	事務長	事務次長	担当
	支払日	年 月 日							
	資格取得日	年 月 日	標準報酬月額	千円					
	資格喪失日	年 月 日	区分	本人・家族・6歳未満・高齢					
	扶養認定日	年 月 日	装具区分	初・更(前回:)					