

記入例

※ 治療用装具申請時の記入例です
 ※ 申請内容により、添付書類が異なります

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被保険者証の 記号・番号	記号 33	②被保険者氏名 (申請者)	健保 正一		
		番号 362				
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 144 - 0000		TEL	03 (XXXX) XXXX	
		東京都大田区〇〇〇—〇〇〇				
	④被保険者生年月日	昭和・平成 50 年 1 月 18 日	⑤所属会社名	ANA△△△株式会社		
	⑥受診者	<input checked="" 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	腰椎分離症		⑧発病または 負傷年月日	平成・令和 3 年 7 月 3 日	
	⑨発病時の状況または 負傷の原因 (具体的に)	痛みがひどく続いたため受診			* 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	〇〇整形外科病院	所在地	東京都品川区△△△	
	⑪療養費申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証を持っていなかったため (理由:) <input type="checkbox"/> 誤って前加入健康保険の保険証を使用したため <input checked="" 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	25,300 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	⑮診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
●治療用装具申請の場合						
⑯装着指示を受けた日	令和 3 年 7 月 3 日	⑰装具装着日	令和 3 年 7 月 3 日			

給付金受取先	⑱委任状	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 checked="" type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 →代理人欄、振込口座欄の記入は不要です <input type="checkbox"/> その他の受領代理人 →下記の代理人欄、振込口座欄を記入して下さい			
		氏名: 健保 正一 住所: 「被保険者(申請者)住所」欄			
⑲振込口座	代理人	氏名	電話番号		
		住所	〒 -		
	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店	※カタカナで記入してください		
	口座番号	口座名義			

在籍者の方は、委任状欄の「在籍している事業所の事業主」に✓を付け、被保険者名を記入して下さい。

在籍者の方は、代理人、振込先口座欄の記入は不要です。