

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

記入上の注意

2 1

診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。
また、それ以外の申請のときは、健康保険証の交付年月日を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	番号	社員番号					
	申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険との 続柄	
	傷病名				発病又は負傷の 年月日	平成・令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
	発病又は 負傷の原因				診療または装具等の 内容 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の装着 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	傷病の経過 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	診療を受けた 病院等の名称・住 所	名称						(診療に従事した医師の氏名)	
		住所							
	診療を受けた期間	自	平成	年	月	日	日数	入院の場合 入院期間	
		至	平成	年	月	日	日間		
	治療用装具等 領収日	平成	年	月	日	診療に要した 費用の額	円		
装具の場合は 装着年月日	平成	年	月	日					
療養の給付を受ける ことができなかった 理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 保険証を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> 前健保の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用必要な装具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> その他 ()								
第三者の行為によっ て負傷したものか否 か	ある ・ ない		その事実の届出の有無		ある ・ ない				
			第三者の氏名と住所 (不明の際はその旨)						
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 - 被保険者 (申請者) TEL 氏名									

自署の場合は押印省略可

【添付書類】

- 立替払い・・・診療報酬明細書(原本)と医療機関発行の領収書(原本)のセット
又は健保帳票「診療報酬明細兼領収書」(領収書別紙の場合原本)のセット
- 治療用装具・・・詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本)
靴型装具の申請をする場合は当該装具の写真(3~4枚)
- 治療用眼鏡・・・領収書(原本)と医師の作成指示書(写し)

受付日付印

支 払 金 融 機 関	銀行		本店
	支店番号	普通・当座	口座番号
	フリガナ 名義人	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください	

ベンチャーバンク健康保険組合