

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払い・治療用装具)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号番号	記号	番号	社員番号	所属及び部署名
	被保険者氏名(自署)	フリガナ			〒 -
	生年月日	昭和・平成	年	月	日

申 請 内 容	受診者(該当に☑)	<input type="checkbox"/> 本人(被保険者)		<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)											
	家族の場合はその方の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄								
	傷病名	発病または負傷年月日		令和	年	月	日								
	発病の原因および経過														
	診療を受けた医療機関等の名称・所在地	名称	診療した医師等の氏名												
		所在地													
	診療を受けた期間	令和	年	月	日から	入院の場合 入院期間	令和	年	月	日から					
		令和	年	月	日まで		日間	令和	年	月	日まで	日間			
	装具等について指示を受けた日	令和	年	月	日	診療または治療用装具の金額	円								
	診療の内容														
療養費の支給申請の理由(該当に☑)	<input type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他 ( )														
交通事故等第三者が原因ですか	はい			いいえ			業務上や通勤途上によるものですか			はい			いいえ		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 信用金庫						本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通	当座	口座番号						口座名義 (カタカナ)		

備 考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)																		
	個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付して下さい。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③マイナンバーカード(両面)の写しのいずれか1点 ※上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写しのいずれか1点も添付して下さい。																		

受付日付印

- 《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)
  - 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)