

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

| | | | |
|------------------------|----------------|----------|--|
| 被保険者証の 記号・番号 | — | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 |
| 被保険者の氏名 | フリガナ | ⑩ | 自署の場合は押印を省略できます。 |
| 住所 電話番号 (日中の連絡先) | 〒 — TEL () | | |
| 振込先 | ゆうちょ銀行 | 通帳記号 | 通帳番号 |
| | 銀行名 | 銀行 支店 | |
| | | 口座番号 | <input type="checkbox"/> 座名義人 (カタカナ) |
| 委任受領する場合 | 委任者 | 氏名 | ⑩ |
| | 受任者 | 住所 氏名 | ⑩ |

| | | | |
|------------------------------|--|----------------|--|
| 受診者 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 傷病名 | | 発病または 負傷年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| 発病または負傷の 原因および経過 (詳しく) | | | |
| 診療を受けた 医療機関等の | 名称 | 所在地 | 医師等の氏名 |
| 診療を受けた期間 | 自 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 日間 |
| 診療に要した 費用の額 | 至 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 円 |
| 診療の内容 | | | |
| 療養費の支給 申請の理由 | | | |

この申請書に必要な添付書類

1. 医療機関で診療を受けた場合は、「診療報酬明細書 (レセプト)」と「領収書」
2. コルセット、ギプス、義肢などに関する請求のときは医師の「意見および装具装着証明書」と「領収書」
なお、靴型装具を請求する場合は「作製した靴型装具の現物写真」
3. 小児弱視等の治療を目的とした眼鏡等を購入したときは、医師の「眼鏡等作成指示書」と「領収書」
4. 海外での治療に関する請求のときは「診療内容明細書」と「領収明細書」と「パスポートの写」
なお、明細書が外国語で記入されている場合はさらに「日本語の翻訳書」

| | |
|--------------------|---|
| 社会保険労務士の 提出代行者印 | ⑩ |
|--------------------|---|