

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回日)

被 保 険 者 ( 本 人 ) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名							
	被保険者氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	被保険者住所	〒 -			電話	( )					
	被扶養者の 申請のとき	受診者名			続柄	生年月日					
						昭和 平成 令和	年	月	日( 歳)		
	傷病名				発病または負傷 の年月日	令和	年	月	日		
	傷病または負傷 の原因						業務による ものですか	いいえ・はい			
	診療の内容						他人の行為に よるものですか	いいえ・はい			
	診療を受けた 医療機関等	名称				領収証の金額(保険診療分)					
		所在地				円					
	立替払いの場合 (理由1,2,3)	診療の期間		日数	診療区分	療養の給付を受けることができなかった理由					
		自	年	月	日	入院	1. 健康保険証を受け取る前の診療 2. 誤って前健保の保険証を使用した 3. 保険証を持参しなかった 4. コルセット等の治療用装具を作成 5. その他( )				
	至	年	月	日	外来						
	治療用装具の 場合(理由4)	医師の指示日	年			月	日				
	支 払 金 融 機 関 の	※東京スター銀行「オレンジ支店」は使用できません						支店コード			
預金 種別		普通	口座番号			口座名義	※カタカナで記入				
受 取 代 理 人 の 欄	振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと(同一筆跡は不可)										
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					委任者と代理人 との関係					
	被保険者 氏名 (申請者)	住所			〒	年				月	日
代理人 の氏名	(フリガナ)			代理人の 住所	(フリガナ)				〒		
備 考											

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入して下さい。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です)

ひと月ごと、医療機関ごと(入院・通院・  
薬局ごと)に用紙を作成して下さい

【添付書類 ※要原本】

- 理由1,3 : 領収書および医療機関発行の「診療(調剤)報酬明細書(レセプト)」  
※ 診療明細書ではありません。医療機関に依頼して発行を受けて下さい
- 理由2 : 他健保発行の領収書および他健保発行の診療(調剤)報酬明細書(レセプト)
- 理由4 : 医師指示書、装具領収書

受付印

健 保 使 用 欄	種 別	立替払・治療用装具	(給付金計算式)		常務理事	担当者
	決済日	年	月	日	× 0.7 =	
	取得日	年	月	日	支給決定額	円