

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	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		本店 支店 出張所		
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 0.8 =		
	取得日	年 月 日	支給決定額	円		