

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	① 被保険者証の 記号番号		(記号) — (番号)	② 事業所名			
	被保険者 (申請者)の		③ 氏名及び 生年月日	(カナ)	④ 住所	〒 —	
	被扶養者に 関するとき		⑤ 氏名	昭和 平成	⑥ 生年月日	年 月 日	⑦ 続柄
	⑧ 傷病名				⑨ 発病又は負傷 年月日	年 月 日	
	⑩ 発病又は負傷 の原因及び症 状の経過				⑪ 第三者の行為 が原因で	ある ・ ない 「ある」の場合は、「第三 者行為による傷病届」を 提出してください。	
	診療を受け た病院等の		⑫ 名称	⑬ 所在地		⑭ 医師名	
	⑮ 診療の期間		自 年 月 日	日間		⑯ 診療に要した費用の額	円
			至 年 月 日			⑰ 診療の内容	
	⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由						
	⑲ 備考		※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認するための書類が必要です。)				

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(カナ)	(カナ)	普通 その他()		(カナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	令和 年 月 日	委任者との関係 ()			
	住所	住所			
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人	電話 ()	氏名	氏名

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

受付年月日

■ 立替払の場合

1. 診療報酬明細書
2. 領収(明細)書

■ 治療用装具

1. 医師の意見書及び装具装着証明書 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
2. 医師の治療用眼鏡等の作成指示書 ※治療用眼鏡のみ
3. 医師の弾性着衣等の装着指示書 ※弾性着衣のみ
4. 領収(明細)書
5. 装具作製確認書 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
6. 装具の写真 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く

注: 写真についてはメールによるデータ送付でも可

【写真送付先メールアドレス: paper.gyoumu@wind.ocn.ne.jp】