

## 健康保険

被保険者  
家族

## 療養費支給申請書

 立替払い  生血  
 治療用装具

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	フリガナ		事業所名称				
	住所 電話番号	(〒 - )		電話番号:	( )			
申 請 内 容	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	昭・平・令	年	月	日
	傷病名			発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日
	発病の原因および経過 (詳しく)							
	診療を受けた医療機関等の	名称		診療した 医師氏名				
		所在地						
	診療を受けた期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで ( ) 日間						
	上記の期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで ( ) 日間						
	※治療用装具を 装着した場合	装具等の装着について指示を受けた日			平・令	年	月	日
		装具装着日			平・令	年	月	日
療養に要した費用の額		円	診療の内容					
療養費の支給申請の理由								
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座				
		本店・支店・出張所	口座番号					
	口座名義 (カタカナ)		口座名義区分	被保険者（申請者） ・ 代理人				
委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請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						
		氏名	Ⓜ					
	代理人 (口座名義人)	住所						
	氏名	Ⓜ 被保険者との関係 ( )						

備考

受付年月日

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、備考欄へ記入してください。  
(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添付書類が必要です。)