

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
 家 族

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 (自署)	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	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	令 年 月 日 から 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	令 年 月 日 から 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			令	年	月	日
		装具装着日			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	口座名義人が 代理人の場合 にご記入くだ さい。	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					
		代理人	住所					
		(口座名義人)	氏名(自署) 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。)