

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(立替払い・治療用器具等)

記入上の注意
21 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。
また、それ以外の申請のときは、健康保険証の交付年月日を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 〇〇〇〇	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保太郎	健保
	番号 〇〇〇〇	健保太郎				
	事業所の 名称と所属	株式会社〇〇〇〇	(所属) 〇〇〇部	(電話) 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	(内線) 〇〇〇	
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名 健保 健太	生年月日 昭和 15 年 10 月 20 日	平成 平成	被保険と の続柄	長男
	傷病名	左上腕骨折		発病又は負傷の 年月日	平成 27 年 5 月 10 日	
	発病又は 負傷の原因	サッカーの試合中に転倒した		診療または装具等 の内容(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等の装着 <input type="checkbox"/> その他()	
	傷病の経過 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他()				
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称 〇〇〇〇〇〇〇〇	(診療に従事した医師の氏名)			健康 一郎
		住所 東京都〇〇区〇〇町1-2-3				
	診療に要した 費用の額	10,000 円		治療用装具等 領収日	平成 27 年 5 月 21 日	
診療を受けた期間	自 平成 27 年 5 月 10 日 至 平成 27 年 5 月 21 日	2 日間	入院の場合	入院期間 (日間)		
装具の場合は 装着年月日	平成 27 年 5 月 21 日		保険証交付年月日	平成 年 月 日		
療養の給付を受ける ことができなかった理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 保険証発行中のため <input type="checkbox"/> 保険証を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため <input checked="" type="checkbox"/> 治療に必要な装具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> その他()					
第三者の行為によ って負傷した ものか否か	ある ・ なし		その事実の届出の有無	ある ・ ない		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
	上記のとおり申請いたします。				平成 27 年 6 月 1 日	
	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇					
	住所 東京都〇〇区〇〇町1-1-1					
	被保険者 (申請者) TEL 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇					
	氏名 健保太郎		健保			

支 払 金 融 機 関	〇〇〇〇	銀行 金庫	〇〇〇〇	本店 支店
	金融機関コード(〇〇〇〇)	店番号(〇〇〇〇)		
	預金 種別	普通・当座	〇〇座番号	
	フリガナ	ケンポ タロウ		
	〇座名義 ※被保険者名義	健保太郎		

平成 年 月 日提出

受付日付印

【添付書類】

立替払い…医療機関等が発行する診療報酬明細書(原本)及び領収書(原本)

治療用器具…詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本)

治療用眼鏡…領収書(原本)と医師の作成指示書(原本)

健 保 記 入 欄	支給額	法定給付	円	備 考
		附加給付	円	
		合計	円	

楽天健康保険組合