

被保険者 療養費支給申請書 (立替払い・治療用器具等)
被扶養者

Insurance Card Code/Number

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号	〇〇〇〇	被保険者 氏名	(フリガナ) John Smith	Signature or Seal
	番号	〇〇〇〇	事業所の 名称と所属 (電話)	ABC Corporation 〇〇(〇〇〇〇)〇〇	〇〇〇 Department 〇〇〇
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名	Michael Smith	和 平 成 〇 年 〇 月 〇 日	15年10月20日 被保険と の続柄
	傷病名	Bone fracture in upper-left arm		発病又は負傷の 年月日	令和 2年 5月 10日
	発病又は 負傷の原因	Tripped and fell on a hilly road. Treated at a hospital near to where the injury occurred.		診療または器具等の 内容(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用器具等の <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		<input type="checkbox"/> Improving Satisfactorily <input type="checkbox"/> Cured/Recovered <input type="checkbox"/> In treatment <input type="checkbox"/> Other	
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称	Rakuten clinic		(診療に従事した医師の氏名) Dr. Taro Rakuten
	診療に要した 費用の額	10,000	円	治療用器具等 領収日	令和 2年 5月 21日
	診療を受けた期間	自 令和 2年 5月 10日	2	入院の場合 入院期間	自 令和 年 月 日 (日間)
	器具の着用は 装着年月日	令和 2年 5月 21日	Length of use	保険証交付年月日	令和 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 checked="" type="checkbox"/> 治療用必要な装 <input type="checkbox"/> 保険証発行中の		<input type="checkbox"/> I have not received my insured card <input type="checkbox"/> Due to urgency, I went to hospital without possession of my insurance card <input type="checkbox"/> Reason for payment of medical benefit <input type="checkbox"/> Other (Please specify)		
第三者の行為によって 負傷したものか否か	ある・ <u>ない</u>	Was it caused by the actions of a third party? / No	その事実の届出の有無	ある・ない	
上記のとおり申請いたします。					
住所			〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo		
被保険者 氏名			James Smith		

支 払 金 融 機 関	銀行 金庫	〇〇〇〇	本店 支店	〇〇〇〇	
	金融機関コード()	店番号 ()	Pay to Account (In the name of the insured person)		
	預金 種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇	
	フリガナ				
	口座名義 ※被保険者名義	James Smith			

【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	法定給付	円	備 考
	支給額 付加給付	円	
	合計	円	