被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(立替払い・治療用装具等)

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		被保険者氏名	(フリガナ) ㊞	
	番号				
事業所の名称と所属	(所属) (電話) (内線)				
申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険との続柄
傷病名			発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	
発病又は負傷の原因			診療または装具等の内容(いずれかに✓)	□診療・投薬 □治療用装具等の装着 □その他( )	
傷病の経過(いずれかに✓)	□ 順調 □治癒 □治療中 □その他( )				
診療を受けた病院等の名称・住所	名称	(診療に従事した医師の氏名)			
	住所				
診療に要した費用の額	円		治療用装具等領収日	令和 年 月 日	
診療を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	入院の場合 入院期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	(日間)	
装具の場合は装着年月日	令和 年 月 日		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✓)	□保険証発行中のため □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 □治療用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 □その他( )				
第三者の行為によって負傷したものか否か	ある ・ ない		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。 令和 年 月 日

〒 −

住所

被保険者 電話 ( )

氏名 ㊞

支払金融機関			
	銀行・金庫		本店・支店
金融機関コード( )		店番号 ( )	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義 ※被保険者名義			

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)
治療用装具・・・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			備考	
		法定給付	円		
		付加給付	円		
		合計	円		

楽天健康保険組合