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)

	₩/D PA → → ~	記号			₩	p∧ →v	(フリカ゛ナ)						
	被保険者証の 記号と番号	番号			被保氏								
		留万											
	事業所の 名称と所属	(所属) (電話)											
被		(電話)					昭和				44/D PA 1		
,	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名				生年 月日	平成	年	月	目	被保険と の続柄		
保	16L- 6-						14 174	ては負傷	集の	۸٠٠			
77	傷病名						年月日			令和	年	月	目
険	発病又は						診療また	け歩見	生の	□診療・打		.,	
者	負傷の原因						内容(い			□治療用□その他	装具等の装 (着)
1	傷病の経過											,	
が	(いずれかに ✓)	□順調	問 □治:	癒 □1	台療中	P	その他()	
7.7	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)											
記		4777											
		住所											
入	診療に要した					円		用装具等	等	令和	年		日
	費用の額	<u>ь</u> Лт.	h			1 1	領	[収日		入院の場合			Н
す	診療を受けた期間	自 令和	年	月	日		自令	和	年	八页[0][0][0] 月	日 日	H)	
	砂原で叉りた朔间	至 令和	年	月	日	日間	至令	 ₹□	年	月	日	(日間)
る	装具の場合は	令和	 年			日	保険証			令和	年		日
1,	装着年月日				た推世						•		Н
と	療養の給付を受けるこ □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 とができなかった理由							,					
ک	(いずれかに✔)	かに √) □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	• 7	こくい	第	三者の氏名	名と住所				<u> </u>		
ろ	3 1,00	=+.).) .).)			(才	「明のときは	はその旨)				A ==	-	
	上記のとおり申	請いたします	0		₹	_					令和	年	月 日
				住所	'								
			被保険者	電話	()							
				氏名(自署									
※ 修正	がある場合は二重線を引き		記載したうえ、情		坊ぐた8	かに押印し	てください。						
		銀行		本店									

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

TiT.	/ 1.	聿粨'
12751	171	土 和

【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		法定給付	円	備	
記	支給額	付加給付	円		
入欄		合計	円	考	

楽天健康保険組合

受付日付印