

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	被保険者等 記号番号	記号 番号	被保険者 氏名	(フリガナ)									
	事業所の 名称と所属	(電話)		(所属) (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✓)	<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input 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 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	(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	入院の場合	入院期間					
		至	令和	年	月	日	自	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✓)	<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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他( )											
第三者の行為によって 負傷したものが否か	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(自署)					

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

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	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	法定給付	円	備 考
	支給額 付加給付	円	
	合計	円	