

この申請書は申請対象者ごとに作成してください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名			
	被 保 険 者	氏名		生年月日		連絡先電話番号	
				年 月 日		( )	
		住所					
	〒		—				
	申 請 対 象 者	氏名		生年月日		被保険者との続柄	
				年 月 日			
		医療費助成を受けていますか					
		いいえ ・ はい ( 乳幼児 ・ 障害 ・ ひとり親 ・ その他 ( ) ) 子ども					
		診療期間と入院外来の別					
		年 月 日から 年 月 日 ( 日間) 入院 ・ 外来					
		傷病名		発病 (負傷) の年月日		傷病の原因	
				年 月 日			
		療養を受けた医療機関の名称・電話番号				療養に要した費用	
				円			
				円			
申請理由 (該当番号に○印)			【添付書類】すべて原本を添付してください				
1 治療用装具			●明細のわかる領収書と医師の意見 (作成指示) 書 ※靴型装具の申請のみ当該装具の写真				
2 旧保険証使用			●請求書と返還金領収書、診療報酬明細書				
3 立替払(理由 )			●明細のわかる領収書				
4 小児弱視等の治療用眼鏡等			●領収書と医師の意見 (作成指示) 書				
5 海外(国名 )			●領収書と診療明細書、翻訳 (本人・家族以外が作成) 渡航期間のわかる書類、同意書				
6 はり、灸・マッサージ			●領収書、医師の同意書 診療明細書 (医師の同意と傷病名が記載されたもの)				
受 取 方 法	【在籍中の方】	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。					
	会社へ委任 してください	被保険者氏名					
	【退職後の方】 振込先を記入し てください (任継者は記入 不要。登録口座 へ振込)	銀行・信金 信組・農協		本店 支店		普通・その他 ( )	
	口座 番号	(フリガナ) 口座名義		( )			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

※年月日は元号でご記入ください。

備考欄

健保記入欄	レート	月 日 円	実費	円	査定額	円
-------	-----	-------	----	---	-----	---