

※健保組合使用欄	支給金額							決定	年	月	日
・ ・ 取得								常務理事	事務長	課長	主任
・ ・ 喪失	期間	年	月	日から	日まで	日間					
・ ・ 証交付											

健康保険 被保険者 療養費 (立替払・装具) 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 平成			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		<input type="checkbox"/> 令和			

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)1. 病気
2. ケガ

(原因および経過)

ケガの場合 → ①第三者行為(交通事故など)によるケガですか
②労災(業務・通勤)によるケガですか1. はい 2. いいえ
1. はい 2. いいえ

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年	月	日

から

年	月	日

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

年	月	日

から

年	月	日

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため
2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため
3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため
4. 治療用装具を作成したため
装具装着指示日： 年 月 日
装具装着日： 年 月 日
5. その他 (理由：)

【添付書類】

上記「9療養費の支給申請の理由」1～3に該当の場合

- ・診療報酬明細書(開封せずにご提出ください)
※医療機関の窓口で発行を依頼してください。
- ・領収書(原本)

上記「9療養費の支給申請の理由」4に該当の場合

- ・医師の指示・証明書(原本)
 - ・領収書(原本)
 - ・装具作製確認書
 - ・装具の写真
- ※治療用眼鏡、義眼を作成した場合は写真の添付は不要です。