

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

☐ 立替払い ☐ 生血
☐ 治療用装具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	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 (自署)	フリガナ	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住所 電話番号	(〒)	電話番号： ()				
	事業所名称						
	受診者	☐ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者）					
申請内容	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	傷病名		発病または 負傷年月日	令	年	月	日
	発病の原因および経過 (詳しく)						
	診療を受けた医療機関等の	名称		診療した 医師氏名			
		所在地					
	診療を受けた期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで () 日間					
	上記の期間に入院して いた場合はその期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで () 日間					
	※治療用装具を 装着した場合	装具等の装着について指示を受けた日		令 年 月 日			
		装具装着日		令 年 月 日			
	療養に要した費用の額	円	診療の内容				
療養費の支給申請の理由							
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座			
		本店・支店・出張所	口座番号				
	口座名義 (カタカナ)	※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。					
	公金受取口座	☐ 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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。					

受 付 年 月 日