

# 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具)

被 保 者 の 申 請 者 の 記 入 欄	① 被保険者等 記号・番号	(記号) — (番号)	② 事業所名			
	被保険者 (申請者)の	③ 氏名及び 生年月日	(カナ) 昭和 平成 令和 年 月 日	④ 住所	〒 —	
	被扶養者に 関するとき	⑤ 氏名	⑥ 生年月日	年 月 日	⑦ 続柄	
	⑧ 傷病名				⑨ 発病又は負傷 年月日	年 月 日
	⑩ 発病又は負傷 の原因及び症 状の経過				⑪ 第三者の行為 が原因で	ある ・ ない 「ある」の場合は、「第三 者行為による傷病届」を 提出してください。
	診療を受け た病院等の	⑫ 名称	⑬ 所在地	⑭ 医師名		
	⑮ 診療の期間	自 年 月 日	日間	⑯ 診療に要した費用の額		円
		至 年 月 日		⑰ 診療の内容		
	⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由					
	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か <input type="checkbox"/> はい(口座情報の記入は不要) <small>注1: 公金受取口座情報の反映には数日を要します</small> <small>注2: 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません</small> <input type="checkbox"/> いいえ(口座情報の記入が必要)					
⑲ 振込口座						
金融機関名		支店名	預金種別	口座番号	口座名義	
(カナ)		(カナ)	普通 その他( )		(カナ)	
⑳ 備考						
※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。						

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	年 月 日	委任者との関係 ( )			
	住所	住所			
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人	電話	( )	
		氏名			

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

受付年月日

■ 立替払の場合

1. 診療報酬明細書
2. 領収(明細)書

■ 治療用装具

1. 医師の意見書及び装具装着証明書 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
2. 医師の治療用眼鏡等の作成指示書 ※治療用眼鏡のみ
3. 医師の弾性着衣等の装着指示書 ※弾性着衣のみ
4. 領収(明細)書
5. 装具作製確認書 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く
6. 装具の写真 ※治療用眼鏡・弾性着衣は除く

注: 写真についてはメールによるデータ送信でも可

【写真送付先メールアドレス: [paper.gyoumu@wind.ocn.ne.jp](mailto:paper.gyoumu@wind.ocn.ne.jp)】