

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号				③ 被保険者の生年月日				記号番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください											
	①	1	②	1 2 3 4	昭和 平成	1 1 2 3														
	④ 被保険者の氏名				(フリガナ) フジ タロウ				⑤ 名称											
					事業所の所在地															
	⑦ 被保険者(請求者)の住所				郵便番号				(フリガナ) ヒラカシ ムラノ タカミダイ 1-40											
	0 0 0 - 0 0 0 0				枚方市村野高美台1-40				電話 000 (000) 0000											
	療養が被扶養者に関するときは、その方の				⑧ 氏名				⑨ 生年月日				昭和 平成 令和				⑩ 被保険者との続柄			
	⑪ 傷病名				風邪				⑫ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)				R 7 年 4 月 1 5 日							
	⑬ 発病又は負傷の原因及びその経過				(いつ・どこで・どうした) 旅行中に体がだるくなり発熱したもの				⑭ 第三者行為によるものですか				0: いいえ 1: はい							
	診療を受けた病院等				⑨ 名称				⑩ 診療した医師氏名											
				所在地																
⑮ 診療の期間(支給期間)				自 R 7 年 4 月 1 5 日 ⑮ 日数				⑯ 入院・入院外の別				⑰ 入院の場合左記の入院期間				⑱ 診療に要した費用の額				
				至 R 7 年 4 月 1 5 日				0: 入院外 1: 入院				自 年 月 日 日間				10,000 円				
⑲ 診療の内容								⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由				旅行中にマイナ保険証を持参していなかった為								
コルセット・ギブス等に関する申請のとき				装 着 年月日				年 月 日				装着日に入院していたかの有無(○で囲む)				入院していた ・ 入院していない				

支 払 金 融 機 関 の 欄	□ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。															
	⑮ 金融機関名称		十六 枚方 (銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他) ()													
	⑯ 預金種別		1: 普通 2: 当座 3: 別段 4: 通知 ⑰ 口座番号 1 2 3 4 5 6 7													
	⑱ 口座名義		※必ず被保険者(請求者)の名義であること フジ タロウ													

【添付書類】

療養費立替払い	・ 診療報酬明細書 (原本) ・ 領収書 (原本)
治療用装具	・ 医師の『装具装着必要証明書』 (原本) ・ 領収書 (原本) ・ 写真 (実際に装着する現物であることが確認できるもの)
治療用眼鏡及びコンタクトレンズ	・ 医師の『治療用眼鏡・コンタクトレンズの作成指示』の写し ・ 患者の検査結果 ・ 領収書 (原本)
輪部支持型 角膜形状異常眼用 コンタクトレンズ	・ 医師の『治療用コンタクトレンズの作成指示』の写し (支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの) ・ 領収書 (原本)

年 月 日提出

受付日付印