

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				記号番号が分か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												
	⑥ 所在地																		
	⑦ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号		(フリガナ) ヒラカタシ ムラノ タカミダイ 1-40														
	000-0000		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		富士 花子				⑨ 生年月日		昭和 平成		2年2月4日		⑩ 被保険者との続柄				
	⑪ 傷病名		椎間板ヘルニア						⑫ 発病又は負傷年月日(療養開始日)		R7		4		1		5		
	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) 令和7年4月15日 起床時に腰に痛みがあり、起き上がることが出来なかった。										⑭ 第三者行為によるものですか		0:いいえ		1:はい		
	⑮ 診療を受けた病院等		⑯ 名称				⑰ 診療した医師氏名												
⑱ 診療の期間(支給期間)		自		年		月		日		⑲ 日数		⑳ 入院・入院外の別		㉑ 入院の場合左記の入院期間		㉒ 診療に要した費用の額			
至		年		月		日						0:入院外 1:入院		至		27,500円			
㉓ 診療の内容												㉔ 療養の給付を受けることができなかった理由							
コルセット・ギブス等に関する申請のとき		装 着		年月日		R7年		4		月		1		5		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。																	
	㉕ 金融機関名称		十六 枚方															
	㉖ 預金種別		1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 ㉗ 口座番号 1 2 3 4 5 6 7															
	㉘ 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