

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

〔立替払等、治療用装具〕

◎ 立替払の申請をする場合は、個人ごと、医療機関ごと、入院・通院ごと、診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		事業所	名称		
	記号	番号		所在地		
	(申請者) 被保険者の	氏名		生年月日		連絡先電話番号
		⑩		昭和 平成	年 月 日	
		連絡先住所				
	〒					
	診療が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
				昭和 平成	年 月 日	
	傷病名			発病または負傷年月日	年 月 日 (時頃)	
	発病または負傷の原因およびその経過				第三者行為(事件・事故等)によるものですか?	
0 : いいえ 1 : はい						
診療を受けた病院等	名称					
	所在地					
診療の期間(装具装着日)	自 : 平成 年 月 日	診療日数	入院・入院外の別	診療等に要した費用の額		
	至 : 年 月 日	日間	0 : 入院外 1 : 入院	円		
診療の内容(装具申請時不要)			保険診療を受けられなかった理由(装具申請時不要)			
支払先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店		預金種別	
	本支店コード	口座番号	口座名義人		1 : 普通 2 : 当座 4 : 貯蓄	
(登録しているカタカナもしくは英字)						

※「支払先口座名義人」を、被保険者以外の口座に指定する場合は、以下について記入・捺印してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			平成 年 月 日	平成 年 月 日提出
	〒			受付日付印	
	被保険者住所(申請者) 氏名	⑩			
代理人の氏名と印	(フリガナ)	⑩		申請者との関係	
代理人の住所	〒				

【必要な添付書類】

- 立替払いの場合：『領収書原本』と『診療明細書』または『診療報酬請求明細書(レセプト)』
※外国語の場合は、日本語の翻訳文に翻訳者の氏名・住所を記載してください。
- 装具装着の場合：実費についての『明細書・領収書原本』、『医師の意見書』
- 傷病名が、けがなどの外傷性の場合：『負傷原因届』(初回申請時のみ)
- 傷病の原因が、第三者行為による場合：『第三者行為による傷病届』(初回申請時のみ)