

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)(立替払等、海外、治療用装具、生血)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証	記号		② 被保険者の(フリガナ) (申請者) 氏名				③ 生年月日	年	月	日
		番号									
	④ 被保険者住所	〒 (電話番号) ()									
	⑤ 事業所	名称									
	<small>(任意継続・特例退職の方は記入不要です)</small>	所在地	〒								
	⑥ 療養が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	続柄			
	⑦ 傷病名				⑧ 発病又は負傷の年月日(療養開始日)	年	月	日			
	⑨ 発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ・どこで・何をしているときに)					⑩ 第三者行為によるものですか	はい	いいえ		
	⑪ 診療を受けた病院等	名称				診療した医師氏名					
		所在地	〒								
⑫ 診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	入院期間	自	年	月	日		
	至	年	月	日		至	年	月	日		
⑬ 入院・入院外の別	入院	・	入院外	⑭ 日数	日	⑮ 診療に要した費用の額(治療用装具に要した額)	円				
⑯ 診療の内容				⑰ 治療用装具を装着したとき	年	月	日				
⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由											

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。											
	被保険者住所(申請者) 氏名									年	月	日
	代理人の氏名と印	フリガナ								委任者と代理人との関係		
	代理人の住所	〒										

支払金融機関の欄	金融機関・支店名	銀行 金庫 農協	支店
	金融機関コード		
	口座番号	普通 当座 その他	
	口座名		

備考欄	
-----	--

年 月 日提出

受付日付印

【記入上の注意】

- ⑥の欄は、療養が被扶養者に関するときは、その方の氏名、生年月日及び続柄を記入してください。
 ⑦の欄は、立替払の場合、未記入でも構いません。
 ⑭の欄は、⑫の欄で記入した診療期間において、受診した日数を記入してください。
 ⑰の欄は、装具の場合は採寸・採型日、治療用眼鏡・弾性着衣の場合は領収書の日付を記入してください。
 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
 (事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)

【添付書類について】

療養の種類	添付書類
立替払等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診療報酬明細書（診療明細書） 傷病名、診療内容の明細が記載されている医療機関等で発行された診療報酬明細書（診療明細書）を添付してください。 ■ 領収（明細）書 診療に要した費用額が記載された領収（明細）書を添付してください。
海外	<ul style="list-style-type: none"> ■ 診療内容明細書 外国語で記載されている場合、翻訳文を添付してください。 ■ 領収（明細）書 外国語で記載されている場合、翻訳文を添付してください。 ■ 領収書 ■ 同意書 ■ パスポートの写し 所持者、出入国記録のわかる部分の写しが必要です。
治療用装具	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師の「意見および装具装着証明書」等 ○弾性着衣等の場合は、医療機関が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。 ○小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。 ■ 領収書 ■ 明細書 領収書に装具や眼鏡等の名称、種類及びその内訳別の費用額が記載されている場合は、省略可能です。 ■ 検査結果等の写し（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合） 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写しを添付してください。
生血	<ul style="list-style-type: none"> ■ 輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書（輸血の回数が明記されているもの）を添付してください。 ■ 領収書 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。