

支給決定並びに支出伺い	常務理事	事務長	係員	係員	前回支給日	年	月	日()	
					受付日	令和	年	月	日
					支給日	令和	年	月	日
					支給決定額			円()	(回目)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)
家 族

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号(右詰め)	所属
	氏名 (フリガナ) (自署)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	住所 (〒 -)	都・道 府・県	
	電話番号 (TEL - -)		

申請内容	1. 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ⇒ (続柄:)		
	1-①家族の場合⇒	氏名	生年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2. 療養の給付を受けることができなかった理由を選択	<input type="checkbox"/> 1. 保険証不携帯 【添付書類】診療報酬明細書(※診療明細書ではありません)、領収書(原本) <input type="checkbox"/> 2. 治療用装具(装具名) 【添付書類】医師の証明書(指示書、装着証明書等)、領収書(原本) 治療用装具の写真 <input type="checkbox"/> 3. 小児弱視等の治療用眼鏡 【添付書類】医師の作成指示書、領収書(原本) <input type="checkbox"/> 4. 海外療養費 【添付書類】診療内容明細書、領収書(原本) ※いずれも和訳(和訳実施者明記)を添付 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()		
	3. 傷病名		4. 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	5. 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	6. 診療を受けた医療機関の	医療機関名称	所在地	診療した医師等の氏名
	7. 診療を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日数 日		
	7-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日数 日		
	8. 療養に要した費用の額	円 ※海外の場合⇒ () 通貨単位を記入		
	9. 診療の内容			
	10. 市区町村の助成の有無	<input type="checkbox"/> あり ⇒助成金額()円 <input type="checkbox"/> なし		
11. 第三者行為による負傷か?	<input type="checkbox"/> はい ⇒別途届出提出のこと。 <input type="checkbox"/> いいえ			

受付日付印

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へ記載してください。【※注意】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添付書類が必要となります。

備考欄