

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号番号		記号 番号		被保険者 資格取得日		平成 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)		令和	年	月	日		
	被保険者 (請求者) 氏名		フリガナ				被保険者 住 所	〒										
	生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日					電話 ()										
	事業所名 及び電話		電話 ()										GUI					
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（ 事業所経由で提出する場合は ☒ ）																	
	療養が被扶養者の ときは、その 者の氏名						続 柄			生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日			
	発病又は 負傷年月日		令和	年	月	日	傷 病 名											
	発病又は 負傷の原因 及び経過										第三者の行為に よるものですか		いいえ ・ はい					
	診療を受けた医療機関		名 称						診療を担当 した医師名									
			所在地															
診療の期間 (支給期間)		自	年	月	日	日 数		区 分	入院の場合左記の入院期間				診療に要した費用の額					
		至	年	月	日	日		入院外 入 院	自:令和 年 月 日 至:令和 年 月 日 日間				円 ※領収書を添付すること					
診療の内容																		
療養の給付 を受けること ができな かった理由																		
振 込 指 定 口 座	銀行・金庫 信組・農協						金融機関コード			本店				支店番号				
	預金種別						普通・その他 ()			(フリガナ)			支店					
	口座番号									口座名義								

☐ 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☒ 利用しない場合は振込先口座を記入。）
※口座情報の反映には登録から数日を要します。

■添付書類（請求内容に応じた添付書類をすべて原本でご用意ください）

- ① 保険証を持たずに受診（立替払い）をしたとき
・領収書 ・診療／調剤報酬明細書（レセプト※）
- ② 9歳未満のお子様の治療用眼鏡を購入したとき
・領収書 ・療養担当に当たる医師の治療用眼鏡などの作成指示書
- ③ 治療用装具を購入したとき
・領収書（治療用装具などの内訳書） ・医師の同意書
・靴型装具の場合は当該装具の写真
- ④ 前加入健保より返還請求があったとき
・返金したことが分かる書類 ・診療／調剤報酬明細書（レセプト）

※領収書と一緒に渡される「診療明細書」とは異なります。窓口で発行依頼してください。
 ※自治体に医療費助成を申請される場合は、原本を組合に、コピーを自治体にご提出ください。
 ※輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは「医師の証明書」と費用の内訳が記載された「領収書・明細書」の原本を添付してください。

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・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

被保険者のマイナンバー記載欄

[illegible]

令和 年 月 日提出

受付日付印