

保険証記号

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

富士車輛 ***部 など

保険証番号

この欄は被保険者が記入してください	健康保険の記号	〇〇	事業所の名称	〇〇〇〇					
	健康保険の番号	〇〇〇〇							
	受診者の氏名	健保 花子		受診者の生年月日	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日	被保険者との続柄	妻	
	傷病名	一例	右足関節捻挫		発病又は負傷の年月日	平成 令和	〇年 〇月 〇日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	(負傷の場合は「負傷原因届」を添付してください。) わかる範囲でご記入ください。			第三者の行為が原因で	ある <input checked="" type="radio"/> ない			
	診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇整形外科クリニック						
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇〇〇						
		医師の氏名	山田 太郎						
	診療の内容	コルセットの装着			診療に要した費用	32,500 円			
	診療を受けた期間	自 令和 〇年 〇月 〇日	至 令和 △年 △月 △日	左記のうち入院期間	自 令和 □年 □月 □日	至 令和 ◇年 ◇月 ◇日			
	コルセット装着日	令和 〇年 〇月 〇日装着			※提出時点で診療継続中の場合は、「至」は空欄で結構です				
	療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具作成のため							
	支払金融機関 ※給付金の受取を代理人(被保険者以外の者)に委任する場合は、委任状欄にも記入してください	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号(7桁)	口座名義(カカナ)			
		〇〇銀行	〇〇支店	普通 当座	〇〇〇〇〇〇〇	ケホ 知			
	備考欄								
<input checked="" type="checkbox"/>	上記記載内容に誤りがないことを確認の上、申請します。 令和 〇年 〇月 〇日								
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇							
	氏名	健保 太郎							
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇							
<input type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業主に委任します(委任する場合は V)								
委任状	給付金の受取を代理人に委任する場合(受取代理人は被保険者の口座ではなく)	事業主経由で提出する場合は、□にチェックが必要です。							
	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の 令和 年 月 日							
	受取代理人(口座名義人)	住所			給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。				
		TEL(日中連絡先) 氏名							

提出前に内容を確認の上、確認欄にチェック後、ご提出をお願いします。

事業主経由で提出する場合は、□にチェックが必要です。

給付金の受取を代理人に委任する場合のみご記入ください。

療養費支給申請添付書類一覧

写し記載書類以外は、原本のご提出が必要です。
支給決定にあたり、その他書類のご提出をお願いすることがあります。

こんな時	添付書類
保険証を提出することができず、立替払をした場合	診療報酬明細書、領収明細書
コルセット等治療用装具を作成した場合	装具作成及び装着に関する保険医の証明書、領収書及び領収明細書 【負傷の場合】負傷原因届 【靴型装具作成の場合】作成した装具の写真
小児弱視治療用眼鏡等を作成した場合	作成指示書等の写し、患者の検査結果の写し、領収書 【支給要件】9歳未満の小児が、弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正のために作成した治療用眼鏡に対して支給。 更新の場合は装着期間が5歳未満は1年以上、5歳以上は2年以上あることが必要。(斜視の矯正等に用いるアイパッチ及
四肢のリンパ浮腫治療のために弾性着衣等を購入した場合	保険医の装着指示書、領収書
輸血を受けた場合	輸血証明書、領収書
医師の同意を得て、はり・きゅう・あんま・マッサージを受けた場合	施術内容証明書、領収書 【発行の都度】保険医の同意書、施術報告書の写し
海外療養費	診療内容明細書、領収明細書、領収書、証明書等が外国語の場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文、渡航確認書類、海外療養費支給申請調査に関わる同意書

※実際にかかった費用又は基準料金(海外における療養費の申請のときは、国内の基準に換算した費用)から、一部負担金を差し引いて支給します。