この申請書は申請対象者ごとに作成してください

健康保険　被保険者／家族　療養費支給申請書

被保険者の記入欄	記号・番号	―	事業所名	
	被保険者	氏名	生年月日	連絡先電話番号
			年　月　日	(　　)
		住所		
		〒　　―		
	申請対象者	氏名	生年月日	被保険者との続柄
			年　月　日	
		医療費助成を受けていますか		
		いいえ　・　はい　(　乳幼児／子ども　・　障害　・　ひとり親　・　その他(　　))		
		診療期間と入院外来の別		
		年　月　日から　年　月　日（　日間）　入院　・　外来		
		傷病名	発病（負傷）の年月日	傷病の原因
			年　月　日	
		療養を受けた医療機関の名称・電話番号		療養に要した費用
				円
				円
		申請理由（該当番号に〇印）		【添付書類】すべて原本を添付してください
		1　治療用装具		●明細のわかる領収書と医師の意見（作成指示）書 ※靴型装具の申請のみ当該装具の写真
		2　旧保険証使用		●請求書と返還金領収書、診療報酬明細書
		3　立替払(理由　　)		●明細のわかる領収書
		4　小児弱視等の治療用眼鏡等		●領収書と医師の意見（作成指示）書
		5　海外(国名　　)		●領収書と診療明細書、翻訳（本人・家族以外が作成） 渡航期間のわかる書類、同意書
		6　はり、灸・マッサージ		●領収書、医師の同意書 診療明細書（医師の同意と傷病名が記載されたもの）
	受取方法 【在籍中の方】会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名		
	【退職後の方】振込先を記入してください（任継者は記入不要。登録口座へ振込）	銀行・信金／信組・農協	本店／支店	普通・その他（　）
		口座番号	(フリガナ)口座名義	(　　)

※年月日は元号でご記入ください。

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。
（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です。）

備考欄	

健保記入欄	レート	月　日 円	実費	円	査定額	円