健康保険　被保険者・家族　療養費支給申請書
（立替払・治療用装具）

被保険者（申請者）の記入欄

被保険者等 記号・番号	記号	番号	勤務先施設名		
被保険者 （申請者）の	氏名及び 生年月日	（フリガナ） 昭和・平成　　年　　月　　日	住所	〒　　ー TEL　　（　　）	
被扶養者に 関するとき	氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	続柄
傷病名			発病又は 負傷年月日	令和　　年　　月　　日	
発病又は負傷の原 因及び症状の経過			第三者の行 為が原因で	ある　・　ない （ある）の場合は、「第三者行為による負傷届」を提出してください。	
診療を受けた 医療機関の	名　称 所在地		医師名		
診療の期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　　日間		診療に要した費用の額	円	
			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					

口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「受取代理人の欄」に記入が必要です。

振込口座

☐ 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 ☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
（フリガナ）	（フリガナ）	普　通 当　座 その他（　　）		

※給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者（申請者）名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の記入欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）
住所
氏名

代理人
委任者との関係　（　　）
住所
電話　　（　　）
氏名

◎　添付書類（申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります）

◆　立替払いの場合
1. 診療報酬明細書
2. 領収（明細）書

◆　治療用装具
1. 医師の意見書及び装具装着証明書
2. 領収（明細）書

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）