

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）

★申請上の注意を確認しました。☒（必ず☒してください。）

受付日付印

◎ 添付書類 ◎ ※必ず次の書類を添付してください。なお、申請内容によっては、追加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（レセプト） ②領収書（原本）	◆治療用装具の場合◆ ①医師の意見書及び装具装着証明書（原本） ②領収書（原本）

受付日付印

1. 被保険者（申請者）				
被保険者 記号・番号	△△△-△△△△△△	勤務先施設・部署名	□□□□□□□病院 総務課	
被保険者名	(フリガナ) セイチョウ ハナコ 生長 花子	住所・電話番号	〒 594-0071 大阪府和泉市府中町2-1-2	
生年月日	昭和 平成 9 年 5 月 1 日		TEL ×××-××××-××××	
被保険者の個人番号（マイナンバー）記載欄 ※記号番号を記入した場合は、個人番号を記入しないでください。				

2. 受診者（療養を受けた方）※被保険者と異なる場合のみ記入ください。				
氏名	(フリガナ) セイチョウ タロウ 生長 太郎	生年月日	昭和 平成 5 年 1 月 1 日 令和	続柄 子

3. 診療を受けた医療機関、診療について				
名称	〇〇〇〇〇病院		所在地	大阪府和泉市府中町2-1-2
傷病名	右足関節骨折	診療に要した 費用の額	15,000 円	診療した 医師名 ◇◇◇ ◇◇◇
発病又は 負傷年月日	昭和 平成 8 年 1 月 30 日 令和	診療期間	令和 8 年 1 月 30 日 ~ 令和 8 年 2 月 5 日	
診療内容	治療用装具作成	症状の 経過	☐ 治療中 ☒ 治療終了 ☐ 経過観察 ☐ その他（ ）	
療養の給付を受ける ことができなかった理由	医師の指示により、治療用装具を作成したため			

4. 負傷の原因及び症状の経過 ※負傷の場合は記入してください。				
負傷年月日	令和 8 年 1 月 30 日	負傷場所	☒ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ その他（ ）	
負傷したとき	☒ 私用中 ☐ 勤務中 ☐ 通勤中 ☐ その他（ ）			
どのように（何を） して負傷したか。 具体的な状況	自宅で転倒し、右足を骨折した。			

5. 医療機関等への照会に関する同意書	
私は、療養費（治療用装具・立替払）の支給申請に係る審査のため、保険者が必要と認める場合に、申請内容の確認を目的として、受診した医療機関、装具製作所及びその他関係機関等に対し、診療内容、治療経過、治療用装具の製作・装着状況等について照会することに同意します。	
令和 8 年 9 月 30 日	被保険者名（自署） 生長 花子

6. 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。）				
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
銀行 信用銀行 信用金庫 農協	支店	普通		