

例 誤って以前加入の保険者の保険証等を使用したとき

健康保険		被保険者 被扶養者		療養費支給申請書		(立替払・治療用装具用)															
被保険者証等の 記号番号		記号		〇〇		番号		〇〇〇		被保険者の 生年月日		昭和 平成		〇		年		月		日	
被保険者 氏名		フリガナ		ケンポ タロウ		被保険者 住 所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇		※ご住所をマンション名 部屋番号まで ご記入ください 電話 〇〇 〇〇〇〇) 〇〇〇〇											
療養が被扶養者 のときは、その 者の氏名		フリガナ		療養が被扶養者である場合はご記入ください。																	
発病または 負傷年月日		平 令		年		月		日		傷 病 名		※医師に診断された傷病名をご記入ください									
発病または 負傷の原因及び 経過		発症に至る原因をできるだけ詳しくご記入ください ※不明 という記入は不可です										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		〇〇病院		診療を担当 した医師名		〇〇〇〇													
		所在地		病院所在地をご記入ください																	
診療期間 支給期間		自		令和		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		令和		年		月		日		日		入院外 入 院		入院の場合のみ期間を ご記入ください		※領収書を添付すること 〇,〇〇〇 円			
装具等の装着の 指示を受けた日		令和		年		月		日													
診療の内容		※病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。																			
支給申請の理由 (該当に○)		ア. 誤って他の保険者の保険証等を使用した										オ. 9歳未満の治療用眼鏡を作成した									
		イ. やむを得ない理由により保険証等未携帯だった										カ. 生血液の輸血を受けた									
		ウ. 治療用の装具を作成した										キ. 保険診療が受けられなかった 理由 ()									
		エ. 弾性着衣等を作成した										※はり・きゅう、あんま・マッサージを受けた際の申請はこの用紙 では申請不可です。専用の申請書にて申請ください。									
備考欄		被保険者証等を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。)																			
委任状		私は、療養費の受領に関与することを承認いたします。																			
		※支払金融機関の名義が被保険者と異なる際は、「委任状」欄に署名が必要となります																			
被保険者氏名																					

振込先金融機関（※1）	被保険者名義※2の口座をご記入ください。その他の名義口座の場合には上段の、「委任状」欄に署名が必要となります。	☐ 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。（被保険者口座のみ） （利用する場合はチェックを入れてください。利用しない場合は下記の欄を記入してください。） ※口座情報の反映には登録から数日を要します。									
		○○○			銀 行				○○		本店
		支店番号			金庫・信組 農協・漁協		○○		支店		
		○○○			普通 ・ 当座		口座番号（右づめ）		○○○○○○○○		
		名義人（フリガナ） ケンボ タロウ 健保 太郎									

※1 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

※2 被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。

◎申請
入
必

例 コルセットを作成したとき

健康保険		被保険者 被扶養者		療養費支給申請書		(立替払・治療用装具用)													
被保険者証等の 記号番号	記号	〇〇		番号	〇〇〇		被保険者の 生年月日	昭和 平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇				
被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			被保険者 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ※ご住所をマンション名 部屋番号まで ご記入ください 電話 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇														
療養が被扶養者 のときは、その 者の氏名	フリガナ 療養が被扶養者である場合はご記入ください。																		
発病または 負傷年月日	平 令	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	傷病名	※医師に診断された傷病名をご記入ください		
発病または 負傷の原因及び 経過	発症に至る原因をできるだけ詳しくご記入ください ※不明 という記入は不可です										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	〇〇病院					診療を担当 した医師名	〇〇〇〇											
	所在地	病院所在地をご記入ください																	
診療期間 支給期間	自	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	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	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	入院外 入院	装具等の装着期間を 記入ください	※領収書を添付すること 〇, 〇〇〇 円
装具等の装着の 指示を受けた日	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	医師から装着の指示を 受けた日を記入ください		
診療の内容	※病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。																		
支給申請の理由 (該当に○)	ア. 誤って他の保険者の保険証等を使用した イ. やむを得ない理由により保険証等未携帯だった ウ. 治療用の装具を作成した エ. 弾性着衣等を作成した オ. 9歳未満の治療用眼鏡を作成した カ. 生血液の輸血を受けた キ. 保険診療が受けられなかった 理由 () ※はり・きゅう、あんま・マッサージを受けた際の申請はこの用紙 では申請不可です。専用の申請書にて申請ください。																		
備考欄	被保険者証等を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。)																		
委任状	※支払金融機関の名義が被保険者と異なる際は、「委任状」欄に署名が必要となります 被保険者氏名																		

☐	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。(被保険者口座のみ) (利用する場合はチェックを入れてください。利用しない場合は下記の欄を記入してください。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。				
振込先金融機関(※)	被保険者名義※の 口座をご記入くだ さい。その他の名 義口座の場合には 上段の、「委任 状」欄に署名が必 要となります。	〇〇〇	銀行 金庫・信組 農協・漁協	〇〇	本店 支店
	支店番号	〇〇〇	普通・当座	口座番号(右づめ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	名義人(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎			

公金受取口座を登録していない場
合はチェックしないでください

※1 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

※2 被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。