

健保 受付日付印

事業所 受付印

被保険者 療養費 支給申請書(立替払、鍼灸費等) 1/2
 家 族

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| 被保険者 (申請者) 情報 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の (右づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | | |
| | 氏名 (自署) | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | (〒 -) | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | | | |

| | | | | | | |
|---------|----------------|---|------|---------------------|-----|---|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 (申請者) | <input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します (委任する場合は☑) | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | (〒 -) TEL () | 住所 | 委任者と 代理人との 関係 | | |
| | | (フリガナ) | 氏名・印 | 印 | 事業主 | |

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

| | | | |
|---------|------------|---|--|
| 振込先指定口座 | 金融機関 名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 () | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 <input type="text"/> 左づめで記入 (7桁) |
| | 口座名義 | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入ください) | 口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人 |

以下の書類を添付してください(必須書類)

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

●被保険者証なし(不携帯)で全額自費で受診した医療費・薬代を申請する場合

- 領収書(原本)
- 診療(調剤)内容が記載された明細書(原本)

●以前に加入していた健康保険に返還した診療費を申請する場合

- 医療費返還時の領収書(原本)
- 返還先の健康保険から受取った封書(開封せずにそのまま提出ください)

●鍼灸・あん摩マッサージ施術費用を申請する場合

- 療養費支給申請書 鍼灸用 または あん摩マッサージ指圧用(原本) ※施術院発行のもの
- 施術を受けた全ての領収証(原本)
- 医師の同意書(初回申請時は原本提出、2回目以降(2~6ヶ月目)の請求はコピーを提出)
- ※初診日から6ヶ月経過の場合は再同意書(原本)を提出(医師の診察の上、施術同意(再同意)を受ける事)

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者氏名

| | | | | | | | |
|---------------|--------------------------------------|---|------------------|--|----|----|---|
| 申請内容 | 1 受診者 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) | | | | | |
| | 1 - ①家族の場合はその方の | 氏名 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | | |
| | 2 傷病名 | | 3 発病または 負傷年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 4 発病の原因および経過 (詳しく) | <input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過) | | | | | |
| | 5 診療を受けた医療機関等の | 名称 | 所在地 | 診療した医師等の氏名 | | | |
| | | 名称 | 所在地 | 診療した医師等の氏名 | | | |
| | 6 自費で診療を受けた期間 | (令和) 年 月 日 [][][][][][] | から | 年 月 日 [][][][][][] | まで | 日数 | 日 |
| | 6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間 | (令和) 年 月 日 [][][][][][] | から | 年 月 日 [][][][][][] | まで | 日数 | 日 |
| | 7 療養に要した費用の額 | _____ 円 | | | | | |
| 8 診療の内容 | | | | | | | |
| 9 療養費の支給申請の理由 | <input type="checkbox"/> 9. その他 (理由) | | | | | | |

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日 提出