

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 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和		
	氏名 (自署)	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)				
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 <input checked="" type="checkbox"/>)			令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	(〒 -)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係			
	住所				事業主			
	氏名	(フリガナ)						

注) 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 <input type="checkbox"/> 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

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