

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

※黄色部分のみご記入ください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇	② 事業所名	大阪本社・東京本社・退職者								
	③ 被保険者の氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			④ 被保険者の 生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 平成							
	⑤ 療養を受けた者の 氏名・生年月日 続柄	氏名	※療養が被扶養者である場合はご記入ください										
	⑥ 症 病 名	※医師に診断された傷病名をご記入ください											
	⑦ 発病または 負傷の 原因・状況	いつ(発生日時)	令和 〇 年 〇 月 〇 日	午前・午後 〇 時 〇 分頃	⑧ 第三者行為に よるものですか								
		どこで(場所)	※詳しくご記入ください										
		なにをしていて どのようにして	私用・通勤の行き帰り・工作中			・はい ・いいえ							
	⑨ 診療又は手当を 受けた病院等の	名 称	〇〇病院										
		所 在 地	大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇										
		医師の氏名	〇〇 〇〇										
⑩ 診療又は手当を 受けた期間	装具装着日	令和 〇 年 〇 月 〇 日			⑪ 入院の有無	あり・なし							
⑫ 診療又は手当を 受けた内容	※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			⑬ 診療又は手当に 要した金額	〇〇,〇〇〇円								
⑭ 療養の給付を受けることが できなかった理由	☒ 治療用装具を作成したため ☐ 弾性着衣を購入したため	☐ 小 ☐ そ			※該当するものに チェックし、必要事項を記入してく ださい								
⑮ 以前にも装具等を 作製したことがあるか	☒ ある(→に時期を記入) ☐ ない(今回が初めて)	「あ (〇 年 〇 月ごろ)											
上記のとおり申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日	⑯ 〒 530 - 0005 住所 大阪市北区中之島〇-〇-〇 フリガナ ケンポ タロウ 被保険者(請求者) 氏名 健保 太郎 電話 (06) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			〇〇マンション〇号室									
⑰委任状 ※どちらかに記入ください				⑱振込先口座									
※振込先口座を被保険者以外の方の 口座に指定する場合のみご記入ください				公金受取口座	☐	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							
				利用する場合は ☒ 。利用しない場合は下記の欄を記入									
				〇〇	銀行 金庫 信組	〇〇〇〇	店・本店 支店	出張所					
				預金 種別	普通 ・当座	口座 番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇						
口座 名義				フリガナ	ケンポ タロウ 健保 太郎								