

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報
被保険者証の記号番号
事業所の名称
氏名 (フリガナ)
生年月日
住所 (〒 -) 都道 府県
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()

申請内容
1 受診者
2 傷病名
3 負傷または発病年月日
4 負傷・発病の原因
5 診療を受けた医療機関等の名称 所在地 医師等の氏名
6 診療を受けた期間
7 診療の内容
8 療養に要した費用の額・装具等の代金
9 療養費支給申請の理由

振込先指定口座
金融機関名称
預金種別
口座番号
口座名義

受取代理人の欄
被保険者(申請者)
代理人(口座名義人)
受付日付印

添付書類
【治療用装具等・弾性着衣等・小児治療用眼鏡等の場合】
【立替払の場合】
【生血の場合】
【臍帯血を搬送した場合】
【入院時の食事療養費に差額が生じた場合】