

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (治療用装具)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	被扶養者 (家族)の 氏名	被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和			
	傷病名	発病または負 傷の年月日	令和 年 月 日			
	発病または 負傷の原因 及び経過	他人の行為によるものですか			1. はい 2. いいえ	
	診療を受けた 医療機関等	名称	所在地	診療した医師の氏名		
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	療養に要した 費用の額		
	上記内で入院 していた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日		円	
	診療の内容	療養費の 支給申請の 理由				

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※どちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1文字としてご記入ください。)		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人 (口座名義人) 住所	〒	被保険者との関係

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。