

※支給決議書	同年月日	令和 年 月 日			支払年月日	令和 年 月 日			
	常務理事	経理担当	担当者	資格照合	扶養者照合				
	前回までの支給期間			今回の支給期間			支給決定額		
	自 年 月 日 日間			自 年 月 日 日間					
	至 年 月 日 日間			至 年 月 日 日間					
	資格	得	年 月 日		備考				
	喪	年 月 日							

健康保険療養費支給申請書（被保険者・被扶養者）

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	—		②事業所の名称					
	③傷病名				④発病または負傷年月日	年 月 日			
	⑤発病または負傷の原因及びその経過				⑥第三者行為によるものですか	はい（負傷原因届を添付してください） いいえ			
	⑦診療を受けた病院等	名称				診療した医師名			
		所在地							
	⑧診療または手当の期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 日間（入院・入院外）							
		令和 年 月 日 コルセット装着等・治療用眼鏡等・弾性着衣等							
	⑨療養の給付を受けることができなかった理由	ア. 治療用装具の装着 イ. 治療用眼鏡（9歳未満の小児） ウ. 弾性着衣等 エ. 自費で受診（国内・海外：国名） オ. 他制度で受診（国保・共済・その他：）				療養に要した費用の額	円		
	⑩家族の申請であるときは家族の	氏 名			生 年 月 日			被保険者との続柄	
					昭和 平成 令和 年 月 日				
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 〒 — 住所 被保険者の 氏名 電話 ( )									

上記の請求の受領方を代理人

に委任します。

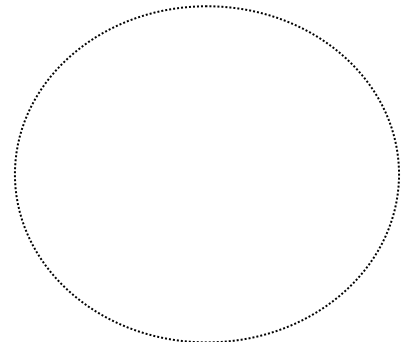
〒 —

住所

被保険者

氏名

受付日付印



請求者の方へ

- やむを得ない理由で保険診療が受けられず自費で診療を受けたときの請求である場合は、裏面の理由書及び診療報酬明細書、領収書（原本）の添付が必要です。
- 治療用装具（コルセット等）費用の請求である場合は、装具の装着証明書の原本、その費用の領収書（原本）及び装具明細を確認できるものを添付してください。
- 治療用眼鏡の請求である場合は、治療用眼鏡等を作成し、又は購入した際の領収書の原本、治療用眼鏡等の作成指示書、検査結果（写）を添付してください。
- 弾性着衣等の請求の場合は、弾性着衣等装着指示書及び領収書の原本を添付してください。

