

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㉞ 被保険者等 ※				㉟ 被保険者の生年月日				
	記 号		番 号		昭和	年	月	日	
	1234		56789		平成	0	0	0	
	㉡ 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			㉢ 事業所の名称	〇〇〇〇株式会社			
		健保 太郎				〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
	㉣ 被保険者 (申請者) の住所	〒 000-0000			電話	000 (000) 0000			
		〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町1-1-1							
	療養が被扶養者に関するときはその方の	㉦ 被扶養者の氏名			㉧ 被扶養者の生年月日			㉨ 被保険者との続柄	
		健保 花子			昭和	年	月		日
	㉩ 傷病名				㉪ 発病または負傷年月日 (療養開始日)				
弱視				〇 〇 〇 〇 〇 〇					
㉫ 発病 (負傷の場合は、裏面㉬記入してください) の原因および経過				㉭ 第三者の行為によるものですか					
3歳時検診で指摘された。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を出してください。					
診 療 を 受 け た 病 院 等 の	㉮ 名 称			㉯ 所 在 地			㉺ 診療した医師の氏名		
	〇〇〇〇病院			〇〇県〇〇市〇〇町2			病院 一郎		
㉻ 診療の期間 (支給期間)		㉼ 入院・入院外の別		㉽ 入院の場合、左記の入院期間		㉾ 診療に要した費用の額			
自	年	月	日	1: 入院外 2: 入院	自	年	月	日	〇〇〇〇〇 円
至	年	月	日		至	年	月	日	
㉿ 診 療 の 内 容				⓫ 診療の給付を受けることができなかった理由					
				治療用眼鏡作成					

㉽ 委 任 状	療養費の受領を	⓫ に委任します。		
	令和	年	月	日
	被保険者 (請求者) 氏名		健保 太郎	

公 金 受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 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☑、しない場合は下記の欄を記入。)						
㉿ 退職者用振込先	銀行名	銀行・農協 金庫・信組			種 別	普通・当座	通帳番号
	口座名義	(フリガナ)					

マイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※記号番号がわからない場合のみ記入してください。

令和 年 月 日 提出

受付日印

支払日印