被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

請求者の記入する欄	被保険者の記号番号	ー		事業所名			
	傷病名			発病又は負傷年月日	（　　）年　月　日		
				保険診療の開始日	（　　）年　月　日		
	発病又は負傷の原因						
	傷病の経過						
	診療担当者の住所・氏名						
	診療又は手当の内容						
	診療又は手当の期間	（　）年　月　日～ （　）年　月　日 日間	治療用装具の場合	型取り　年　月　日 装着　年　月　日	診療又は手当に要した費用の額	円	
					外貨支払の場合	通貨名 支払額	
	申請者が被扶養者に関する時	氏名		生年月日	（　　）年　月　日		
	療養の給付を受けることが出来なかった理由（なぜ健康保険でかからなかったか）						
	傷病が第三者の行為によるものであるときはその事実並びに第三者の住所と氏名（不詳のときはその旨）						

請求者	（　　）年　月　日 住所　〒　　ー フリガナ 氏名
療養費受取先	下記指定の口座に振り込み願います。 ゆうちょ銀行　記号　番号 フリガナ　フリガナ 銀行　本店　普通 金庫・農協　支店　当座　口座番号

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
また、番号が他の人に見えないように封筒にいれて提出してください。）

備考

（注意事項）

1 療養費は原則給与口座に振り込みますので療養費受取先の記入は不要です。
2 海外で療養を受けた場合は、健康保険組合へお尋ねください。

（添付書類）

① 自費診療の場合　イ. 診療報酬明細書　ロ. 領収書
② 治療用装具の場合　イ. 必要と認めた医師の証明書
ロ. 領収書
ハ. 装具の写真（作成された装具）
ニ. 装具作製確認書

健保受付印

＊ 請求者は被保険者本人となります。