

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者等の 記号・番号		被保険者の 氏名と印	(印)
被保険者の 現住所	〒		
申請が被扶養者 に関するときは その者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄
		年 月 日生	
傷病名		発病または 負傷の年月日	年 月 日
発病または負傷の原因 およびその経過		第三者の行為に よるものですか	はい ・ いいえ <small>※「はい」の場合は、「第三者行為による 傷病届」を提出してください。</small>
診療等を受けた 医療機関等の	名称	所在地	診療を担当した医師等の氏名
診療内容の概略			
診療を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
装具等の装着について 医師の指示を受けた日	年 月 日	治療用装具を装着した日	年 月 日
要した費用の額	円		
療養費の支給 申請の理由			
備考	<small>※被保険者証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。)</small>		

【添付書類】

- ① 治療用装具に係る申請のときは、装具を必要と認める旨の「医師の意見書」、費用の内訳がわかる「領収書」および当該装具の「写真」
- ② マイナ保険証および資格確認書の不携帯等による立替払に係る申請のときは、傷病名の入った「診療報酬明細書（レセプト）」および「領収書」のいずれも原本
(受診者ごと・医療機関ごと・診療月ごとに申請書を1枚ずつ提出)
- ③ ケガが原因による申請のときは、「負傷原因報告書」
- ④ 上記の添付書類等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文