

被保険者  
 家 族

# 療養費支給申請書

受付番号 \_\_\_\_\_

注意事項をよく読んでいただき、記入もれ・添付書類もれのないように申請してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ ( す べ て 記 入 し て く だ さ い )	① 被保険者証の 記号と番号		記号	② 被保険者 (申請者)の 氏 名		(フリガナ)	
			番号	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生	
	③ 事業所の 所在地 及び名称				④ 療養を受けた 方の氏名		被保険者との続柄 ( )
	電話番号 ( )				生年月日		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日生
	⑤ 傷病名				⑥ 発病又は 負傷の年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
					*治療用装具・弾性着衣・治療用眼鏡をつかったときは⑦も記入		
					⑦ 装具・眼鏡等 を装着した日 (今回申請分)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 )
	⑧ 発病又は 負傷の 原因		*負傷による場合は負傷原因届を添付してください。				
	⑨ 傷病の 経過						
	⑩ 診療の 期間		<左の期間のうち入院期間> <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで 日間 ・ 日間				
⑪ 診療を 受けた 病院等の		所在地 名称 医師の氏名		電話 ( )			
⑫ 被保険者証で 治療を受けることが できなかった理由		<input type="checkbox"/> a. 治療の場合 *下記の注意事項の[添付書類について]ア. が必要です。 理由:具体的に <input type="checkbox"/> b. 治療用装具(コルセット等)・弾性着衣・治療用眼鏡をつかった *下記の注意事項の[添付書類について]イ. が必要です。					
⑬ 診察に要した費用 (装具等の申請の際はその費用)		円		⑭ 第三者の行為によって発病 又は負傷したものですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑮ 申請年月日		令和 年		月		日	

**注 意 事 項**

**【記入について】**

- ⑫のaの場合、その理由について、経緯と保険証扱いに切替できなかった旨を含めて、具体的に記入してください。  
※各月ごと、各医療機関ごと、入院・通院ごとにつき、この申請書が必要です。
- 海外で治療を受けた場合は、「海外療養費支給申請書」にて申請してください。

**【添付書類について】**

ア. 医科、歯科診療または調剤に関する申請のときは、別に「診療(調剤)報酬明細書(レセプト)」及び「領収証(原本)」を添付してください。

イ. コルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療用装具製作指示装着証明書(原本)」、「領収証(原本)」、「領収内訳書(原本)」、「装具作製確認書(原本)」を添付してください。

ウ. 負傷による傷病についての申請の場合は、負傷原因届を添付してください。

受付年月日

**備考欄**

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、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。)