

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 被保険者等 記号と番号	記号		② 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)	
		番号				
	③ 事業所の 所在地 及び名称				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生
	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)	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"/> 令和 年 月 日から			
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			
	⑪ 診療を 受けた 病院等の	所在地 名称 医師の氏名	電話 ( )			
	⑫ 健康保険で 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** 【記入について】

- ⑫のaの場合、その理由について、経緯と健康保険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)」、「装具製作確認書(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、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。