

健康保険 本人 家族 療養費支給申請書 (治療用装具・立替払)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等記号・番号		② 被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日		③ 事業所の名称					
	④ 被保険者の氏名 (フリガナ)			⑤ 家族療養費の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 氏名		生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和				
	⑥ 被保険者の住所・電話番号 〒 - - TEL - -									
	⑦ 傷病名および傷病の経過		⑧ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか はい <input type="checkbox"/> (別途「負傷届:第三者行為用」を提出してください) ・ いいえ <input type="checkbox"/> (⑩に記入してください)		⑩ 負傷(ケガ)の原因・状況 (いつ) 年 月 日 () 時 分頃 (どこで) (何をしていた、どのように負傷したか) ア.私用中 イ.工作中 ウ.通勤途中 エ.その他()					
	ケガ ⑧へ ・ 病気 ⑨へ		⑨ 発病の原因		発病の年月日 年 月 日					
	⑪ 診療または手当の期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		受診日数 日		⑫ 入院の有無 なし あり →		入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	⑬ 装具等を装着した 場合は装着年月日 令和 年 月 日装着									
	⑭ 診療等に要した金額・装具等の代金 円		⑮ 診療または手当を受けた医療機関の名称等 名称 所在地							
	⑯ 療養の給付を受けることができなかった理由 ア. 治療用装具の装着/小児治療用眼鏡等の購入 イ. 他制度で受診(国保・協会けんぽ・その他) → ウ. 自費で受診 →				⑰ やむを得ず健康保険を使用できなかった理由					
	委 任 状	⑱ この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 会社名 氏名								
⑲ 振 込 銀 行	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。									
	(フリガナ)		銀行		預金 種目		普通・当座・ その他()		口座 番号	
	(フリガナ)		支店		口座名義		(フリガナ)			

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー	
--------	--

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

【添付書類等】

- 治療用装具の場合
 - ・領収書(原本)、医師の意見(同意)書および装着証明書(原本)
(靴型装具の申請に限り装具の現物写真)
- 小児治療用眼鏡等の場合
 - ・領収書(原本)、医師の治療用眼鏡等の作成指示書、検査結果
 - ※ 上記1.2の申請の場合は、裏面の「診療報酬明細書」は不要です
- 立替払の場合
 - ・領収書(原本)、診療報酬明細書(原本)[診療明細書は不可]

診療報酬明細書

患者氏名（生年月日）	傷病名	診療期間	診療実日数
(昭・平・令 年 月 日生)		令和 年 月 日から	日
		令和 年 月 日まで	

	診療の内訳	薬名、用量等の明細		
診察料	初診		回	
	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日深夜	×	回	
指導				
在宅	往診		回	
投薬料	内服薬剤		単	
	内服調剤	×	回	
	外用薬剤		単	
	外用調剤	×	回	
	調剤		日	
	処方	×	回	
注射料	皮下筋肉内		回	
	静脈内		回	
	その他		回	
処置術			回	
	薬剤		回	
検査	レントゲン		回	
	薬剤		回	
その他			回	
入院料	入院年月日 年 月 日			
	入院料	×	日	
		×	日	
		×	日	
	入院医学管理料	×	日	
		×	日	
		×	日	
特入・その他				
療養に要した費用の合計			点	円

※立替払での申請の際、この用紙へ直接記入することに代えて、診療報酬明細書の用紙により証明書を作成
 なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名が表示されていることが必要です。

上記のとおり施術を行いました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

連絡先の電話番号

()