

※支給額	円			資格	取得	昭和 平成	年	月	日
内訳	法	円	付	円	喪失	平成 令和	年	月	日

健康保険

被保険者 療養費支給申請書

(立替払・治療用装具・生血)

【2021.4 改定】

家族

※両面コピー禁止

◎※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号	1	②請求者 (被保険者) の氏名	京瀬良 太郎							
		番号	12345									
	③請求者 (被保険者) の現住所	〒 614-8501 京都市伏見区1-2										
	④事業所の名称	京セラ(株)本社										
	⑤療養が被扶養者 に関するときはその者の	①氏名	京瀬良 大輔			⑥生年月日	令和 平成	10年	3月	7日	⑦被保険 者との続柄	長男
	⑥傷病名	左足首骨折				⑦発病又は負傷 の年月日	令和2年1月3日					
	⑧発病又は負傷の原因 (いつ・どこで・どうして)	階段を踏み外し骨折				交通事故などで第三者に負わ された傷病であれば“はい”に ○			療養中			
	⑩第三者行為による ものですか	はい・いいえ										
	⑪診療を受けた病院等	名称	△△△病院			医師氏名	□□□□					
		所在地	京都市中京区56-79									
	⑫診療又は手当の内容 (該当項目に○をつけてください)	1. 検査、投薬、等 ② 装具作製 3. その他( )				⑬診療又は 手当に要し た費用額	56,234円					
	⑭診療又は手当の期間 及び入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日				入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
		令和 2年 1月 30日装具装着										
	⑮被保険者証で受診しなかつた 事由(該当項目に○をつけ詳細 を記入すること)	1. 被保険者証不携帯で受診したため(不携帯の理由: ) ② 治療用装具の製作者は保険医療機関ではないため 3. その他( )										
	⑯払渡しを希望するところ (請求者名義のものを記載してください)	京都	銀行	本店	普通	口座番号	1 2 3 5 6 7 8					
	信用金庫	支店	貯蓄	当座	口座名義人	カナ キョウセラ タロウ 京瀬良 太郎						

委 任 欄	⑰この欄は請求金の受領を人 に頼むときだけ記入してくださ い。	上記療養費の受領を 住所 氏名 _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 _____	受付印

この申請書は・・・

被保険者または被扶養者が保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合、またはやむを得ず保険医療機関等  
以外の医師またはその他の者に診療または手当てをうけた場合に、その診療または手当に要した費用を受けるために申請するものであること。

【添付書類】 ※すべて原本

(証明書等が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。)

- 1.立替払い ...①診療報酬明細書(レセプト) ②領収書
- 2-1.治療用装具(コルセット・ギブス・義肢等) ...①装具作成確認書 ②装具の写真(カラー) ③医師の意見書・装着証明書  
④領収書(義肢装具士の記名があるもの) ⑤領収書の内訳書(領収書に記載されている場合は不要)
- 2-2.治療用装具(小児弱視等眼鏡) ...①医師の作成指示書 ②領収書(レンズ・フレームの価格の明細を付記)
- 3.生血 ...①医師の証明書 ②領収書
- 4.傷病の原因が第三者の行為によるものである時は、「第三者による傷病届」

レンズ ¥0000-  
フレーム ¥0000-