

# 健康保険被保険者療養費支給申請書 (立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	被保険者の 氏名及び印	健保 太郎			印
	被保険者の 住所・TEL	(〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 ) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1		TEL	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇			
	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社			所属部課名	〇〇部〇〇課		
	申請が被扶養 者に関するときは、その者の	氏名	健保 元気		生年 月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	続柄 子
	傷病名	椎間板ヘルニア			発病又は 負傷年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	発病の原因 および経過	不明。経過良好。			第三者行為に よるものですか	はい・いいえ		
	診療を受けた 病院等の	名称	〇〇〇〇病院		住所	〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2		
	診療した 医師の氏名	〇〇 〇〇						
	診療の内容	コルセット装着						
	診療の期間	自平成・令和 〇年 〇月 〇〇日 〇〇日			診療に要した 費用の金額		〇〇〇〇 円	
療養費の支給 申請の理由	医師に治療上必要があると認められ、コルセット購入に要した費用全額を立替えしたため。							
備考								

振 込 先	〇〇〇〇〇〇			フリガナ ( 〇〇〇〇 )
	銀行			〇〇〇〇 支店
口座 番号	普通	〇〇〇〇〇〇〇		フリガナ ( ケンボ マモル )
口座 名義	健保 太郎			

昭和シェル健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付日付印

- ◎ 申請の際には、次に掲げる書類を添付ください
- 【治療用装具等】保険医の意見書、領収書・明細書（内訳書）  
※靴型装具については写真の添付が必要となります
  - 【小児弱視等の治療用眼鏡等】保険医の作成指示書、検査結果、領収書
  - 【自費で診療を受けたとき】診療報酬明細書（レセプト）、領収書
  - 【生血】輸血証明書、領収書
- いずれも原本で提出ください