

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 番号	被保険者の 氏名及び印		印		
	被保険者の 住所・TEL	(〒)		TEL	()		
	事業所の名称				所属部課名		
	申請が被扶養 者に関するときは、その者の	氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	傷病名			発病又は 負傷年月日	平成・令和 年 月 日		
	発病の原因 および経過				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		住所			
	診療した 医師の氏名						
	診療の内容						
	診療の期間	自平成・令和	年 月 日	日間	診療に要した 費用の金額	円	
		至平成・令和	年 月 日				
療養費の支給 申請の理由							
備考							

振 込 先	フリガナ ()			
	銀行		支店	
口座 番号	普通	口座 名義	フリガナ ()	

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