健康保険 （ 被保険者・家族 ） 療養費支給申請書 【立替払・治療装具等 】

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号	―	事業所の名称	
被保険者の氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
被保険者（請求者）の住所・TEL	〒□□□-□□□□ TEL ― ―		
療養が家族の場合	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
	被保険者との続柄		
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又負傷の原因及び経過			
診察を受けた病院・医院	名称	医師名	
	住所	診療に要した費用	円
診療を受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	受診日数	日
入院した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	第三者行為による負傷か？	は い い い え
立替払いとなった理由			
受取金融機関	銀行 支店	普通預金口座番号	
	被保険者（請求者）の口座名義	フリガナ	
	ゆうちょ銀行を指定の場合は必ず他の銀行から振込みできる支店名(数字３ケタ)と口座番号を記入のこと		

健保組合記入

法定給付費								計算式 ×				受付印
高額療養費								備考				
附加給付費								常務理事	事務長	会計	給付	支払印
合計給付費	百万	十万	万	千	百	十	一					