

療養費  
家族療養費

支給申請書

支給額： \_\_\_\_\_ 円

(健保組合使用欄)

記号 一 番号		事業所名		被保険者名	
—		—		—	
※1					
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		被扶養者の 生年月日		続柄	
被保険者	住所	〒 —			
	電話番号				
療養費申請の理由		<input type="checkbox"/> 治療用装具作成の為 <input type="checkbox"/> 子ども用眼鏡作成の為		<input type="checkbox"/> 自費診療（立替払）の為 <input type="checkbox"/> 前保険者からの請求によるもの	
		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
傷 病 名		発 病 又 は 負傷の年月日		平成 _____ 年 月 日 令和 _____ 年 月 日	
発病又は負傷の原因 及び経過					
診療又は手当を 受けた医療機関		名 称			
		所在地			
診療の期間又は治療用 装具・眼鏡の作成日		(自) 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ (至) 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 日間)			
診療又は手当に要した額		円			
(振込先金融機関名)	支 店 名	普通・当座	(口 座 番 号)	(口 座 名 義)	
ふりがな	ふりがな			ふりがな	
銀行	支店				
金庫					
農協					
(委任の場合)		を代理人として上記金額の受取方を委任します。			

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。  
 ※2. 市役所等へ領収書の提出が必要な方は、予め写しを取った後、健保へ原本をご提出ください。

添付書類

- 治療用装具作成：装具購入の領収証（原本）、装具装着証明書または指示書（原本）  
 ※靴型治療用装具を作成の場合、装具の写真を添付
- 小児弱視等治療用眼鏡作成：眼鏡購入の領収証（原本）、弱視等治療用眼鏡等作成指示書（原本）
- 自費診療（立替払）：診療報酬明細書写し(レプト)、領収書(原本)  
 ※診療報酬明細書（レセプト）はご自身で医療機関へご請求ください。
- 資格喪失後受診による返還金請求：  
 診療報酬明細書（レセプト）、領収書（前保険者からの請求を支払ったもの）