

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
 家 族 (立替払等、治療用装具)

被保険者証の記号番号				生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
被保険者の 氏名	フリガナ			名 称					
				所在地					
被保険者の 住所	〒								
被扶養者が療養 を受けた場合	被扶養者 の氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
傷 病 名					発病、負傷年月日(療養開始日)				
					年 月 日				
発病の原因および経過					第三者の行為によるものですか				
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください				
診療を受けた 病院等の	名 称		所 在 地		診療医の氏名				
診療の期間(支給期間)				入院した場合、入院期間					
自	年	月	日	日数	自	年	月	日	日数
至	年	月	日	日	至	年	月	日	日
診療の内容					療養の給付を受けることが できなかった理由		診療に要した 費用の額		
支 払 金 融 機 関				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	銀行コード			支店コード			口座番号		
	口座名義 (カナ)				受 付 日 付 印				