

元号は
○昭和を「S」
○平成を「H」
○令和を「R」
で標記しています。

受付印

療養費支給申請書(立替払等、治療用装具、生血)
(第 回)

Main application form with sections: ①被保険者証の記号番号, ③被保険者(請求者)の氏名と印, ⑤被保険者(請求者)の住所, ⑦療養が被扶養者に関するときは、その方, ⑩傷病名, ⑫発病又は負傷原因, ⑭診療を受けた病院等の, ⑮診療の期間(支給期間), ⑰診療の内容, ⑲払渡希望の銀行, ⑳この給付金を代理人が受け取ることに同意します, ㉑受取代理人(口座名義人)または、代理人が受け取ることを被保険者に対して説明を行った者の

- ①、②被保険者証の記号番号と勤務先名称を記入してください。
③、④、⑤、⑥氏名・印・生年月日・住所・電話番号を記入してください。
⑦、⑧、⑨被扶養者に関する申請である場合に記入してください。
⑩、⑪今回、請求するに至った傷病名と初診日を記入してください。
⑫発病当時の状況を記入してください。
⑬いずれかに○をしてください。
⑭、⑮、⑯診療を受けた医療機関の名称・所在地・診療期間・診療に要した費用の額を記入してください。
⑰診療の内容を記入してください。
⑱療養費請求をすることとなった理由を記入してください。
⑲の名義人が被保険者(請求者)以外の口座を指定される場合は、⑳に被保険者(請求者)の署名と捺印をされるか、㉑に代理人が受け取る旨を被保険者(請求者)に説明を行った方の情報を記入してください。

被保険者が記入するところ

⑪ならびに⑭～⑲については、わかる範囲でご記入ください。
◎ 療養に関する医師等の証明とその費用にかかる領収書のそれぞれ原本を添付してください。