

受付印

療養費支給申請書(立替払等、治療用装具、生血) (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号番号	記号 番号	②事業 所の名称					
	③被保険者(請 求者)の氏名と印	(フリガナ)		④生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
	⑤被保険者(請 求者)の住所	(フリガナ)						⑥電話番号
	⑦療養が被扶 養者に関する ときは、その方 の	(フリガナ)		⑧被扶養者 の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			⑨被保険者との続柄
	⑩傷病 名					⑪発病または負傷 年月日(療養開始 日)	令和 年 月 日	
	⑫発病又は 負傷原因	傷病発生日時 年 月 日 (曜日) 時 分頃						⑬第三者行為に よるものですか 1. はい 2. いいえ
		発生の場所 市 郡 区 町 村						
	⑭診療を受 けた病院等 の	名称			所在地			
	⑮診療の期 間(支給期 間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑯診療に要 した費用の 額			円		
	⑰診療の内容				⑱療養の給付を受けることができなかった理由			
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記口座欄を記入してください) ※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。 ※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。								
⑲払渡希 望の銀行	銀行 信用金庫		支店	預金種別 普通・当座	口座番号			

※ 被保険者(請求者)と別の方の口座に振込を希望される場合は、次の⑳または㉑のいずれかを必ず記入してください。

⑳この給付金を代理人が受け取ることに同意します。	被保険者(請求者)の氏名と印	印					
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	氏名					被保険者(請求者)との関係	
	住所						
	受取代理人等の個人番号 (マイナンバー)						

⑪ならびに⑭～⑱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。