

支給決定伺

支給額	申請額 円 7・8割・上限 円				
支給期間 (日間)	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	平・令 年 月 日

※添付書類

- 立替払い： 医療機関発行の領収書（原本） 診療内容明細書
 治療用装具： 領収書（原本） 医師の指示書
 治療用眼鏡： 領収書（原本） 医師の作成指示書

本人(被保険者) **療養費支給申請書**
 家族(被扶養者)

〔 記 号 〕 - 〔 番 号 : 右 づ め 〕 令和 年 月 日 提出

被保険者証の 記号・番号	-	被保険者の氏名	㊤
被保険者の住所	(〒 -) 都・道 府・県 Tel ()		
事業所の名称			
受診者氏名	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名	発病または負傷日		平・令 年 月 日 (頃)
発病または負傷の原因	診療または 装具等の内容 (いずれかに☑)		<input type="checkbox"/> 診療・投薬 <input type="checkbox"/> 治療用装具等の装着
受診した 医療機関 ・薬局等	所在地 (〒 -) 都・道 府・県	Tel ()	
名称	医師または 薬剤師氏名		
診療を受けた期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	入院期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで
診療または装具等に 要した費用	円	治療用 装具等 領収日	平・令 年 月 日
傷病の経過 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
療養費支給申請の理由 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 保険証を携帯していないときに急病でやむを得ず医療機関にかかったため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療に必要な装具等の作成者が医療機関でなく保険給付が受けられないため <input type="checkbox"/> その他 ()		
第三者行為によって負傷したものであるか、ないかの別			有 ・ 無
振 込 先	金融機関の名称	銀行・金庫 信組・農協 その他() 本店・支店 出張所 本所・支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 座番号
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス 空けてご記入ください。濁点 (゜)、半濁点(゜)は1字と してご記入下さい。)	

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合には、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受付日付印

備 考	
------------	--