

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

療養費支給申請書 (弾性着衣等)

年 月 日提出

*【添付書類】
* 弾性着衣を作製した場合、「医師の意見書(原本)」及び「領収書原本」を添付(レシート不可)(領収書の明細書)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)		印
	事業所名			生年月日	昭・平 年 月 日生		
	所属 課・係・店等			メールBOX	〒 -		自宅住所
	会社 TEL	外線	内線			自宅 TEL	
	受診者氏名	(フリガナ)		受診者の 生年月日	平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名			発病した 状況 (具体的に)	日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃	
	傷病の経過				状況		
	受診した病院の 住所 病院名 及び医師名			弾性着衣の 種類・数量			
	診療又は 手当の期間	平成 令和 年 月 日 日間		療養に要した費用の額		円	
	療養の給付を受けることが出来なかった理由 (なぜ健康保険でできなかったのか)			業者との保険契約がないため			

* 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)
* 被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、被保険者(請求者)の押印は不要です。

委任 欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 年 月 日	Ⓜ に委任します。
	被保険者氏名 Ⓜ	

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

振込 依頼	金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名 義 人 名
	コード No.	コード No.	普通・当座		(フリガナ)

備考
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、備考欄へ記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

事業所担当者印	健保受付印