

理事長	常務理事	事務長	係

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証			被保険者氏名		
	記号	番号				
	対象者氏名		対象者生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	被保険者住所		(電話番号 - -)		被保険者との続柄	
	傷病名		発病または負傷の年月日	年 月 日		
	発病又は負傷の原因					
	傷病の経過					
	診察を受けた医療機関		名称	医師の名前		
			所在地			
	第三者の行為によって負傷した場合の加害者情報		氏名	電話番号		
		住所				
申請理由		<input type="checkbox"/> コルセットや靴型装具等の装着	装具装着日 年 月 日	購入金額 円	1、装具代金の領収書 (原本) 2、医師の意見書 (原本) 3、靴型装具…装具の写真を撮り別紙1・2に貼り付けて提出※1	
		<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の装着	装具装着日 年 月 日	購入金額 円	1、装具代金の領収書 (原本) 2、医師の意見書 (原本) 3、処方箋 (写し)	
該当する項目にチェックをし、右欄に記載されている書類を添付してください		<input type="checkbox"/> 保険証不携帯による自費診療	診療機関 年 月 日 ~ 年 月 日		1、領収書 (原本) 2、診療明細書 (原本) 調剤明細書 (原本) (2は医療機関にて発行してもらう)	
		<input type="checkbox"/> 喪失後受診の返納金	診療機関 年 月 日 ~ 年 月 日		1、領収書 (原本) 2、診療報酬明細書 (原本) (1・2は前保険者から送付されたもの)	
		<input type="checkbox"/> その他	詳細を記入して下さい		要確認	
委任状 (受領を委任するときのみ記入)		本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します 年 月 日				
		被保険者	住所			
		(請求者)	氏名			
		代理人	住所			
			氏名			
振込先希望口座 (被保険者)		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください) ③ 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません			受付印	
金融機関名		銀行・信組・金庫 農協・郵便局		支店・本店 出張所		
預金種別		普通 ・ 当座	口座番号			
フリガナ						
備考		※2 被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄に記入してください				

1 けが等の外傷性による負傷の場合は「負傷原因届」の用紙に必要事項を記入の上、添付してください。
 2 ※1 治療用装具「靴型装具」写真添付台紙 その1、その2を使用してください。
 3 ※2 記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合には、本人確認をするための添付書類が必要です。