

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7 8 9 0 1		
	氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 0 1 0 1 0
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 東京 新宿区〇〇 1 - 2 - 3	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ▽▽ 〇〇〇〇 ××××				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	× ×	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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字としてご記入ください。 ケンコウ タロウ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名 健康 太郎

申請内容

1 受診者

1

1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成 令和 年 月 日

2 傷病名

膝関節症

3 発病または 負傷年月日

令和 6 年 3 月 1 日

4 発病の原因および経過 (詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

膝の関節が痛み、整形外科を受診

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

〇〇医院

東京都新宿区〇〇

××××

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

0 6 0 3 0 1

から

年 月 日

0 6 0 3 0 1

まで

日数

1

日

6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間

(令和) 年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

7 装具等の装着について 指示を受けた日

(令和) 年 月 日

0 6 0 3 0 1

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 6 0 3 1 0

9 療養に要した費用の額

6,000

円

10 診療の内容

レントゲン・装具作成の指示

【添付書類】

- 領収書、保険医の証明書 (各原本)
当該装具の写真 (患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
装具作製確認書