

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	被保険者証の (右づめ)	記号 1 0 0 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 1 0 4 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子			
	住所	(〒 541 - 0000) 大阪 都 道 府 県 ○○区△△1-2-3			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 ( 0000 ) 0000			

□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、下記の振込口座の記入は不要です。)

振込先指定口座	金融機関 名称	○○○○	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	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	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字としてご記入ください。) ケンポ° ハナコ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

Blank box for My Number

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 被保険者家族 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

健保 太郎

申請内容

1 受診者

2 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

健保 花子

生年月日

昭和  平成  令和

1 年 4 月 1 日

2 傷病名

右膝関節靭帯損傷

3 発病または  
負傷年月日

令和 〇 年 10 月 3 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

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

〇〇〇病院

所在地

大阪府〇〇区△△×-×

診療した医師等の氏名

〇〇 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

〇〇 1 0 0 3

年 月 日

〇〇 1 0 0 3

から

まで

日数

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

から

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

から

9 療養に要した費用の額

25,000 円

10 診療の内容

右膝用装具の装着

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため