

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	1 0 0 1	番号	1 2 3 4 5 6 7	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)				
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ		健保 花子	生年月日
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	(〒 541 - 0000)		大阪	都道府県	〇〇区△△1-2-3
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (0000) 0000				
<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。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	金融機関 名称	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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。 ケンポ° ハナコ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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)

2

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

から

年 月 日

〇〇 1 0 0 3

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

〇〇 1 0 0 3

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

〇〇 1 1 0 1

9 療養に要した費用の額

25,000 円

10 診療の内容

5