

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	3 発病または 負傷年月日		令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 () 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	診療医師の氏名
		名称	所在地	診療医師の氏名
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日 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	令和 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	8 装具装着日	令和 年 月 日
	9 療養に要した費用の額	円		
	10 診療の内容			
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			

「申請者記入用」は、「装具確認書」「装具写真」に続きます。>>>

必要な添付書類 (確認のために口におに☑をお願いします)

領収書 (装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額、義肢装具士の氏名又は印が記載されたもの)

弾性着衣等装着指示書 (悪性腫瘍の術後・原発性) (慢性静脈不全による難治性潰瘍治療)

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名 (サイン) をご記入ください。