

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 9 9 9	番号 9 9 9	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 9 1 0 0 1	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 231 - 0028) 横浜市中区翁町 1 - 6 - 6				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (201) 1517				
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

振込先指定口座	金融機関 名称	健保		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	翁町	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	9 9 9 9 9 9 9			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 ° タロウ				口座名義 の区分	1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係		
		住所 (フリガナ)			
		氏名			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	課長	担当者

(2.5)

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 くみ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 1 年 5 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 3 年 2 月 1 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	所在地	診療した医師等の氏名
		〇〇医院	横浜市中区〇町99-9	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	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	年 月 日	日数
	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	〇〇, 〇〇〇 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			

(注) 装具作成の必要を認めた医師の診断書及び装具購入の領収書の添付(両方とも原本)が必要となります。

靴型装具作成の場合は、併せて当該装具の写真の添付が必要となります