

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

| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
|------|-----|----|----|
|      |     |    |    |

受付日付印

|     |     |  |     |  |
|-----|-----|--|-----|--|
| 事業所 | 名称  |  | 部所名 |  |
|     | 所在地 |  |     |  |

|                                                       |                   |        |            |                             |   |   |
|-------------------------------------------------------|-------------------|--------|------------|-----------------------------|---|---|
| 被保険者(申請者)情報                                           | 記号                | 番号     | 生年月日       | 年                           | 月 | 日 |
|                                                       | 被保険者証の<br>(右づめ)   |        |            | <input type="checkbox"/> 昭和 |   |   |
|                                                       |                   |        |            | <input type="checkbox"/> 平成 |   |   |
|                                                       |                   |        |            | <input type="checkbox"/> 令和 |   |   |
|                                                       | 氏名                | (フリガナ) |            |                             |   |   |
| 住所                                                    | (〒      -      )  |        | 都 道<br>府 県 |                             |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                      | TEL      (      ) |        |            |                             |   |   |
| <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

「健康保険給付金振込口座届」に記載された個人銀行口座に振込みます。

※「健康保険給付金振込口座届」を提出して下さい。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐

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)

☐

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

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

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

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

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

から

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

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

治療用装具を作成したため

添付する領収書は、原本を添付する必要がありますが、他の申請等で領収書の原本が必要な場合は、「領収書原本証明書」を発行します。 「領収書原本証明書」を 希望する / 希望しない

☐ 確定申告で使用するため

☐ 自治体の医療費助成に使用するため(提出先名

☐ その他 具体的に(

)

)