

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	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	年	月	日			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)					<input type="checkbox"/> 平成	6	1	0	4	1	5
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	ハナコ		<input type="checkbox"/> 令和						
			健保	花子								
住所	(〒	123	-	4567)	東京	都	道	港区	〇〇1-1		
						府	県		〇〇マンション	101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03	(1230)	4567						
<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	〇〇	銀行	金庫	信組	〇〇駅前店	本店	支店				
			農協	漁協			出張所					
			その他()				本所	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。											
	ケンホ	°	ハナコ									

振込先が給与(賞与)の第一振込口座と同じである場合は、記入不要です。

注) 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。

注) 公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。注意事項を確認しましたので、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)

「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 花子

申請内容	1 受診者	1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 61年 04月 15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 03年 05月 02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
		〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	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	から	(令和) 年 月 日 まで 日数 1 日
	7 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日	03 05 02	
8 装具装着日	(令和) 年 月 日	03 05 02		
9 療養に要した費用の額	25000 円			
10 診療の内容	右膝用装具の装着			

領収書(原本)を添付

【輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のとき】治療のため必要と認める旨の証明書(医師の証明書)を添付
【治療用靴型装具の場合】患者が実際に装着する現物であることが確認出来る写真を貼付 ①正面、②裏面(正面の反対側)