

健康保険 被保険者 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 (申請者) 情報	記号	1 2 3 4	番号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				☒ 昭和	6	1	1
					☐ 平成	0	2	2
					☐ 令和			
氏名	(フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子						
住所	(〒	123	-	4567	)	東京	都	道
						府	県	港区〇〇1-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03	(	1234	)	5678	〇〇マンション101	
☐ 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	金融機関名称	〇〇				〇〇駅前
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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° ハナコ				口座名義の区分

「2」の場合は必ず記入ください。

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	(	)
	住所 (フリガナ)	氏名					
		委任者と代理人との関係					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(元.5)

受付日付印

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年

月

日

2 傷病名

右膝関節靱帯損傷

3 発病または
負傷年月日

令和

3

年

5

月

2

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

0 3 0 5 0 2

から

年 月 日

0 3 0 5 0 2

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

0 3 0 5 0 2

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 3 0 5 0 2

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

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

日本ピストンリング健康保険組合