

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	被保険者証の (右づめ)	記号 1 9	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和	5 6 0 8 0 9
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子			
	住所 (〒 623 - 0011)	京都 綾部市青野町膳所1番地			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0773 (42) 0088			
<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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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 1 2 3 4 5 6 7
	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 1 1.申請者 2.代理人

※被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください。
 ※ゆうちょ銀行の口座の場合、振込専用の店番(漢数字3文字)、預金種目、口座番号をご記入ください。

代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
氏名 (フリガナ)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	

「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

※ 記入不要 ※

(R2.12)

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)

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か2のいずれかをご記入下さい。		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 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 2 年 4 月 1 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	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	診療した医師等の氏名
		〇〇総合病院	京都府〇〇市	〇〇〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
	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	36,680 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			

※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。