

健康保険 被保険者 家族 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	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください											
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"></table>
	1	2	3	4										
	1	2	3	4	5	6	7							
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 610415 <input type="checkbox"/> 平成											
住所	(〒 123-4567) 東京 <input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 港区○○1-1 ○○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	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 ()	○○駅前	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所							
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	
	1	2	3	4	5	6	7					
口座名義 (カタカナ)	ケンホ[。] ハナコ <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table>											
<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small>												

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(7.1)

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 家族 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

右膝関節韌帯損傷

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

(原因および経過)

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

〇〇総合病院

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

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

(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)が必要になります。
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。