

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 0 0 1	番号	9 9 9 9	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	4	0 4 0 1
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ						
		健保 太郎						
住所	(〒 105 - 0012)		東京	<input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道	港区芝大門1丁目4番4号			
				<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03-4413-1234			ノア芝大門805			
<input checked="" 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	みずほ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本所
			<input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> その他	浜松町	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所
			<input type="checkbox"/> 信組 ()		<input type="checkbox"/> 出張所
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	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。 ケンポ タロウ				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等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

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 太郎

申請内容

1 受診者 2 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 健保 花子

生年月日

昭和 平成 令和
04 年 05 月 01 日

2 傷病名

右膝前十字靭帯損傷

3 発病または
負傷年月日

令和 06 年 04 月 10 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2 1. 病気 2. ケガ

(原因および経過) ※詳しい記載がない場合は受付できません

4/10(水)午後2時ごろ、自宅にて脚立を使って食器棚からお皿を取ろうとした際に、脚立から落ちてしまい、右膝を負傷しました。
同日、整形外科を受診しました。
医師より装具装着について説明を受け、装具を作成しました。
装具装着後の経過は順調です。

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
医療法人社団 ●●●総合病院 整形外科	東京都港区新橋●丁目 100番100号	港区 一郎

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 10 日
0 6 0 4 1 0 から 0 6 0 5 1 0 まで

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
から まで

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日
0 6 0 4 1 0

8 装具装着日

(令和) 年 月 日
0 6 0 4 1 1

9 療養に要した費用の額

¥ 13,000 円

10 診療の内容

診察、レントゲンなど

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