

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

記入例

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		
	住所	(〒 - )	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県				
<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 type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 信組 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> <small>左づめでご記入ください。</small>
	口座名義	<small>▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。)</small> <input type="text"/>	

「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

(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

申請内容

1 受診者  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

3 発病または  
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

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

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

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

から

まで

日数

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

年 月 日

から

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

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

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