

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(申請者)情報 | 被保険者証の<br>(右づめ)  | 記号<br>2 8                  | 番号<br>1 2 3 4 | 生年月日<br>年 月 日<br><input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br>5 5 0 3 1 8 |
|             | 氏名・印             | (フリガナ) ケンボ タロウ<br>健保 太郎    |               | 印<br>自署の場合は押印を省略できます。   |
|             | 住所               | (〒 650-0000) 兵庫県 神戸市〇〇区1-2 |               |   |
|             | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL 078 (〇〇〇) △△△△         |               |   |

|         |            |   |                       |                                   |
|---------|------------|---|-----------------------|-----------------------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | 〇〇  | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( ) | 本店 支店 出張所 本所 支所                   |
|         | 預金種別       | 1 ① 普通<br>2. 当座   | 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。)<br>ケンボ° タロウ |                       | 口座名義<br>の区分<br>1 1. 申請者<br>2. 代理人 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

|         |                |                                |                     |                     |
|---------|----------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(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            |
|         | 代理人<br>(口座名義人) | 住所                             | 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | 委任者と<br>代理人との<br>関係 |
|         | 氏名・印           | (〒 - ) TEL ( )                 | 印                   |                     |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(19.05)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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                             | 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                 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |
|                | 2 傷病名                             | 腰椎椎間板ヘルニア   | 3 発病または<br>負傷年月日     | 令和 2 年 3 月 1 0 日   |
|                | 4 発病の原因および経過<br>(詳しく)             | 1. 病気 (原因および経過)<br>1 自宅で荷物を整理中に腰をひねった。<br>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  | 兵庫県〇〇市〇〇区△△<br>1-2-3 | 兵庫 五郎  |
|                | 6 診療を受けた期間                        | (令和) 年 月 日  | 年 月 日                | 日数   |
|                |                                   | 0 2 0 3 1 0 から 0 2 0 3 3 1 まで                                       |                      | 4 日  |
|                | 6 - ①上記の期間に<br>入院していた場合は、<br>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<br>指示を受けた日           | (令和) 年 月 日  | 8 装具装着日              | (令和) 年 月 日   |
|                |                                   | 0 2 0 3 2 0   |                      | 0 2 0 3 2 5  |
| 9 療養に要した費用の額   | 25,152 円                          |   |                      |  |
| 10 診療の内容       | 腰椎装具の装着                           |   |                      |  |
| 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                 |   |                      |  |