

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

提出日 令和 6年 12月 1日

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号	記号 1 0 番号 9 9 9 9 9	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください			
	事業所名(会社名)	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇〇〇 室・課		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 0 2 月 1 0 日 1 0	
	住所	(〒492-8153) 愛知 都道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地 府県				
電話番号(日中の連絡先)	自宅	0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1	携帯	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇		

振込先指定口座(被保険者名義)	金融機関名称(ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ (銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他)	名古屋営業部 (本店 支店 出張所 本所 支所)		
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.その他 ()	口座番号	8 8 8 8 8 8 8	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。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字として左づめでご記入ください。) ケンポ。 タロウ			

提出ルート

被保険者(申請者) ⇒ 健保組合

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

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 ハナ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 36年 10月 1日			
2 傷病名	右足関節捻挫	3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6年 10月 21日			
4 発病又は負傷原因	(詳しく記入) 自宅の庭で作業していた際、石につまずき足をひねり負傷					
5 申請可否の確認	5-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 5-② 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
6 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			
	〇〇〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇	〇〇 〇〇			
7 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
7 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 6 1 0 2 2 から	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 6 1 1 0 8 まで	日数	5 日
7 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間					日数	日
8 装具等の装着について指示を受けた日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 6 1 0 2 3	9 装具装着日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 6 1 0 2 7	
10 療養に要した費用の額	8, 500 円					
11 診療の内容	装具による療養					
12 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため					