

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 18年 11月 10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 2年 7月 2日
4 発病又は負傷原因	(詳しく記入) 部活動(陸上)の練習中、ジャンプした際、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 2 0 7 0 2 から	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日 0 2 0 7 2 2 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 2 0 7 0 2	9 装具装着日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日 0 2 0 7 2 2
10 療養に要した費用の額	70,000 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		