

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 (右づめ)	記号 1 2 3	番号 4 5 6	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 8 0 1 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 100 - 1234)	東京都 江東区富岡1-1-1	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1212) 1212 090 1234 5678		

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	110	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	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字としてご記入ください。)			口座名義の区分

「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 (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。		平成 年 月 日
		氏名・印		印
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()		
		住所 (フリガナ) 氏名・印		委任者と 代理人との 関係

「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に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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。)

備考欄	
-----	--

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)

被保険者 (申請者) 記入用

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 倉庫 花子 生年月日 昭和 48 年 11 月 30 日
2 傷病名	左膝前十字靭帯損傷 3 発病または負傷年月日 平成 29 年 1 月 20 日
4 発病の原因および経過 (ケガの場合は詳しく)	2 1. 病気 2. ケガ 病気またはケガの原因 休日の自宅にて、庭で植木の手入れをしている際に、バランスを崩し脚立から転落し左膝を負傷した。
5 診療を受けた医療機関等の	名称 江東病院 所在地 江東区富岡2-2-2 診療した医師等の氏名 健保 一郎
	名称 所在地 診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日 29 0 1 20 から 年 月 日 29 0 1 20 まで 日数 1 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日
7 装具等の装着について指示を受けた日	(平成) 年 月 日 29 0 1 20 8 装具装着日 (平成) 年 月 日 29 0 1 25
9 療養に要した費用の額 (領収書の金額)	16,139 円
10 診療の内容	左膝装具着用
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

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

12 同意欄

被保険者 (申請者) 氏名 倉庫 太郎

倉庫