

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

令和 年 月 日 提出

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名 (フリガナ)	<input type="text"/>		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	(〒 )	( )	都 道 府 県	年 月 日	<input type="text"/>
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。				
<input type="text"/>					

注) 1. 添付書類	治療用装具	1. 医師の作成指示・意見書(装具証明書) 2. 領収書(原本) 3. 靴型装具の写真
	小児治療用眼鏡	1. 医師の作成指示・意見書 2. 領収書(原本)
	弾性ストッキング等	1. 弾性着衣等装着指示書 2. 領収書(原本)

2. 傷病が第三者行為によるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

決定年月日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日
支給決定 金額	円
常務理事	事務長 担当者

支払済印	受付日付印
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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  被保険者  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

工作中 ・ 通勤中 ・ 私用時 ・ その他 ( )

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

病気

(原因および経過)

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

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 治療用装具の金額

円

9 診療担当医から受けた  
装具装着目的

10 療養費支給申請理由

治療用装具 ( )

) 作成したため