

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

「注意事項」

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	21	123	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	501215	
	氏名・印	(フリガナ) ケンホ タロウ 健保太郎 印				
住所	(〒 930 - 0992) 富山 都道 富山市新庄町字馬場18-8					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 076 (424) 3322					

振込先指定口座	金融機関名称	富山第一 銀行 金庫 信組 農協 漁協 荏原 本店 支店 (その他 ()) 出張所 本所 支所			
	預金種別	口座番号	左づめでご記入ください。		
	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	0123456			
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	1. 申請者 2. 代理人	
	ケンホ タロウ		1		

「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	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ					
	(〒 -) TEL ()						
代理人 (口座名義人)	住所			委任者と代理人との関係			
(フリガナ)	氏名・印	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)	
--	--

(28.8)

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)
 家 族

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 checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 52年 10月 10日
	2 傷病名	右第1趾MP関節捻挫		3 発病または負傷年月日 平成 28年 12月 15日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(病気、ケガの原因および経過) 2 1. 病気 2. ケガ 犬の散歩中に転倒し負傷		
	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△X 整形外科	高岡市X-X-X	医師一郎
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
		28/12/01	から 28/12/03 まで	2 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	年 月 日	日数
	7 装具等の装着について指示を受けた日	(平成) 年 月 日	8 装具装着日	(平成) 年 月 日
	28/12/03	28/12/15		
9 療養に要した費用の額	32,700 円			
10 診療の内容	右足底装具の装用			
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			