

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)

記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7	
	氏名	(フリガナ) オオイ ケンタ	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 5 0 1 1
	住所	(〒 223 - 3445) 神奈川県 横浜市 ●●区 ▲▲		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (9876) XXXX	1 - 2 - 3 - 4 5 6		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

振込先指定口座	☐ 現) ← チェックはしないでください 現在、当組合では直接被保険者へお振込みしております。		
	金融機関 名称	▲ ▲ ▲ 銀行 金庫 信託 農協 協同 品川 本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
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。 オ オ イ ケン タ		

被保険者名義の口座情報をご記入ください。

次のページで詳細をご記入ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。》》》

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

被保険者氏名 大井 健太

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

大井 保子

生年月日

☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
56 年 2 月 18 日

2 傷病名

〇〇病

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

令和Y年M月D日に〇〇病と診断され、装具装着
が必要となった。

2. ケガ

2:ケガ を記入された方は、負傷原因届も合わ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

YYYY総合病院

神奈川県△市〇〇ー□

田〇 一郎

名称

所在地

診療した医師等の氏名

支払時の領収証を参考に
ご記入ください。

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

0 8 1 0 0 5

から

年 月 日

0 8 1 0 3 1

まで

日数

1 0

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

0 8 1 0 0 5

から

年 月 日

0 8 1 0 1 2

まで

日数

5

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

0 8 1 0 1 2

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 8 1 0 1 5

自己負担された領収証の
金額をご記入ください。

9 療養に要した費用の額

25,098 円

10 診療の内容

リハビリ歩行訓練の為 治療用装具を作成