

1

2

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(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)	1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7			
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 1 0 4 1 5	
	住所	(〒 123 - 4567) 東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション101				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)						

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	〇〇 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 〇〇駅前 出張所 その他() 本所 支所			
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
	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。 ケンポ゜ ハナコ			

「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)

1

2

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

健保 花子

申請内容

1 受診者

1

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

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

2 傷病名

右膝関節靱帯損傷

3 発病または
負傷年月日

令和 3 年 5 月 2 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

2. 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

〇〇総合病院

東京都〇〇区〇〇

〇〇 〇〇

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

0 3 0 5 0 2

から

年 月 日

0 3 0 5 0 2

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

(令和) 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

(令和) 年 月 日

0 3 0 5 0 2

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 3 0 5 0 2

9 療養に要した費用の額

25000

円

10 診療の内容

右膝用装具の装着