

健康保険
被保険者
家 族 療養費 支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

1

2

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)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
	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 610415 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																					
住所	(〒 123 - 4567) 東京	都道府県 港区○○1-1 ○○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"/>) <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。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>																							

振込先指定口座	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 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所							
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7				
	口座名義 (カタカナ)	<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small> ケンホ。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 家族 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

右膝関節韌帯損傷

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

(原因および経過)

1. 病気

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

〇〇総合病院

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

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