

健康保險 被保險者 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	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	3 3	1 0 0	☐ 昭和	0 1 0 4 0 1	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		☒ 平成		
	住所	(〒 380 - 0836) 長野 都道府県		☐ 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (0000) 0000		長野市南県町000-0			
☐ 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	金融機関名称			銀行	金庫	信組	本店	支店
	預金種別	☐ 1. 普通 ☐ 2. 当座	3.	4.			出張所	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の順)					本所	支所

い。

 1. 申請者
 2. 代理人

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。		令和	年	月	日
		氏名	住所	「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)	(〒 ー) TEL () 住所 (フリガナ) _____ 氏名						委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

[illegible]

(R2.12)

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 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

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

03 年 05 月 01 日

2 傷病名

変形性膝関節症

3 発病または
負傷年月日

令和 06 年 04 月 10 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)

膝の痛みがあり診察した

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

〇〇整形外科

所在地

長野県長野市△△0-0-0

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

0 6 0 4 1 0

から

年 月 日

0 6 0 4 1 0

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 6 0 4 1 0

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 6 0 5 2 0

9 療養に要した費用の額

14,400 円

10 診療の内容

膝サポーター装着指示

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