

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 (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)	28	12345		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 560301
	住所	(〒 650 - 0000) 兵庫県 神戸市○○区△△通1-2	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (○○○) △△△△	
<input checked="" 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☑)					

振込先指定口座	<input checked="" 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☑ 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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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。				

「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 太郎

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

6 年 9 月 10 日

2 傷病名

腰椎椎間板ヘルニア

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)

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

〇〇病院

兵庫県〇〇市△△区□□
1-2-3

兵庫 五郎

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 9 1 0

から

年 月 日

0 6 0 9 3 0

まで

日数

4 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 9 2 0

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 6 0 9 2 5

9 療養に要した費用の額

25, 152 円

10 診療の内容

腰椎装具の装着