

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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		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)	<input type="checkbox"/> 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
		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	から	年 月 日 まで 日数 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		
	8 装具装着日	(令和) 年 月 日		
9 療養に要した費用の額	_____ 円			
10 診療の内容				

同意欄	私は、保険給付の支給可否決定に係る調査のため、貴健康保険組合が関係機関に対して照会を行うこと、ならびに当該決定に必要な情報を提示することについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効に取り扱われることに同意いたします。		
	令和 年 月 日	受診者署名	