

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。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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	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 checked="" type="checkbox"/> 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
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	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	(令和) 年 月 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	25,152 円			
10 診療の内容	腰椎装具の装着			

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 8 年 5 月 1 日

受診者署名 健保 太郎