

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具等)

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
<input type="checkbox"/> 本請求金額の受領を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※事業主へ委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本店 支店	
		農協 漁協	出張所	
		その他 ()	本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>
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。 <input type="text"/>			
ゆうちょ	記号	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 0 ※ <input type="checkbox"/>	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】

- 領収書
- 保険医の証明書
- 靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
- 弾性着衣等の購入に関する申請のときは、「弾性着衣等 装着指示書」

※すべて原本

【9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡、コンタクトレンズを作成、購入したとき】

- 領収書の原本
- 保険医の作成指示書等の写し

「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 (治療用装具等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

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				