

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具)
被扶養者

被保険者 (申請者) 記入

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		性別	□男 □女		
	住所	(〒 -)		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

必要書類を添付のうえ療養費の申請をします。 □令和 □() 年 月 日

・被保険者が在籍中は、事業所を通じて支払われます。(下記の振込先は、退職された方のみ記入してください。)

振込先 指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通口座	口座番号	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(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。)		

必要書類

- ①医療機関が発行した【医師の意見書(同意書・証明書)及び装着証明書】
- ②装具や眼鏡等の名称、種類及び内訳別の費用額が記載された【領収証の原本】
- ③靴型装具の場合は【■治療用装具(靴型装具)写真添付台帳】

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長			担当者

支払年月日	年	月	日
支給額			円

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)
被扶養者

1

2

被保険者 (申請者) 記入

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者) → 続柄 ()		
	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 <input type="checkbox"/> ()
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ()		
	4 発病の原因および経過 (詳しく)			
	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	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 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	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 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	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	8 装具装着日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日
9 療養に要した費用の額	円 (領収証の金額)			
10 診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため			