

健康保険被保険者療養費支給申請書(治療用装具)

被保險者(申請者)記入用

装具を装用された方が被保険者
本人の場合は「被保険者」を、ご
家族の場合は「家族」を○で囲む

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	氏名	(フリガナ)			太枠内の被保険者(申請者)情報は全て記入する	
	住民票住所	(〒) 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				被保険者本人が送付する場合はチェック不要		

※給与振込口座に入金します。(健保が特殊事由と認める場合のみ、別口座への入金を可能とする)
※任意継続者は、資格取得申請書に届け出た口座に入金します。

[illegible]

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

(R6.12)

受付目付印

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)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

〇〇 〇〇

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

受診者が家族の場合に氏名、生年月日を記入する。

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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)

2

1. 病気

(原因および経過)

原因がケガによる場合は「負傷原因届」も提出して下さい。

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

診療を受けた日
数を記入する。

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

治療用装具の「領収書 (原本)」および装具装着を必要とする旨の「治療用装具作成指示書 (証明書)」等を添付する。

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

治療用装具が靴型装具の場合は、当該装具の写真 (患者が装着する現物であることが確認できるもの) の添付が必要です。

9 療養に要した費用の額

20,000 円

10 診療の内容

装具装着により患部を固定し、痛みを軽減させる。