

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用器具)

1

2

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者 (申請者) 情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	6	0	0 2
					<input type="checkbox"/> 平成			
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ						
		健保 太郎						
住所	(〒 350 - 0001 )	埼玉県 川越市〇〇1-1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001	埼玉県 川越市〇〇1-1-1						
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は口にし)								

振込先指定口座	金融機関名称	健康信用	銀行 (金庫) 信組 農協 漁協 その他( )	健康	本店 (支店) 出張所 本所 支所	
	預金種別	1	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6	
	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(ㇿ)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分	1 1.申請者 2.代理人
		ケンポ タロウ				

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
		氏名	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係				
		住所 (フリガナ) 氏名					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

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)

1

2

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)		
1-①家族の場合はその方の	氏名 <b>健保 健一</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 30年 2月 2日
2 傷病名	<b>両足扁平足</b>	3発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年 3月 1日
4 発症の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1.病気 <b>先天性であり、不明</b> 2.ケガ <b>➡</b> 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 <b>埼玉しんきん病院</b>	所在地 <b>埼玉県朝霞市〇〇1-1-1</b>	診療した医師等の氏名 <b>埼玉次郎</b>
	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 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	から <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/>	日まで 日数 <b>3</b> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	日まで 日数
7 装具等の装着について 指示を受けた日	(令和) 年 月 日 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	8 装具装着日	(令和) 年 月 日 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/>
9 療養に要した費用の額	<b>35,000</b> 円		
10 診療の内容	<b>足底装具の着用</b>		
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5 治療用装具を作成したため		