

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

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

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)	1 2 3	4 5 6		
	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 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 0 0 1 1 5
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 )	東京 都道府県	〇〇区〇〇1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XXX ( XXXX ) XXXX				

振込先指定口座 (※)	<input 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。	
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。			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

受取代理人の欄	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				
	被保険者 (申請者)	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)	住所 (フリガナ)	委任者と 代理人との 関係		

口座名義が申請者本人であれば  
記入不要

「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)

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

2 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 健保 一郎

生年月日

昭和  平成  令和

20年 7月 1日

2 傷病名

偏平足(右足)

3 発病または  
負傷年月日

令和 6年 12月 15日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

不詳

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

〇〇整形外科

所在地

〇〇区□□4-5-6

診療した医師等の氏名

佐藤 〇〇

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

0 6 1 2 1 5

から

年 月 日

0 7 0 2 2 8

まで

日数

7

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

0 7 0 2 2 8

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 7 0 3 1 8

9 療養に要した費用の額

20,000 円

10 診療の内容

レントゲンを撮り、診察を受けた。装具の装着で治療継続。