

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

健康 保険 組 合 使 用 欄	支給決定額							支給期間			常務理事	事務長	担当者	
								平成	年	月	日			
								平成	年	月	日			
											日間			
	24 装具 20 療養費(弱視眼鏡)							資格取得日		昭和・平成		年	月	日
							資格喪失日		昭和・平成		年	月	日	
							被扶養者認定日		昭和・平成		年	月	日	

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	1 1	1 2 3 4 5 6	☒ 昭和 ☐ 平成	4 0 1 1 1 5		
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	健保 太郎			印			
住所	(〒	—	)	滋賀 彦根市〇〇			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 名称	滋賀 彦根		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 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。) ケンホ ° タロウ		

(添付書類)

- ・医療機関等が発行した「医師の意見書および装具装着証明書」の原本
(弾性着衣等の場合は「弾性着衣等装着指示書」、小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は「眼鏡等作成指示書」)
- ・装具や眼鏡等の名称、種類および内訳の費用額が記載された「領収書」の原本
- ・被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求される場合は、被保険者との続柄がわかるもの(戸籍謄本や住民票等)

(29.1)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載ください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

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 健保 太郎

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

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成

年 月 日

2 傷病名

右膝関節靱帯損傷

3 発病または
負傷年月日

平成 26 年 1 月 3 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)

買物途中に自転車から転倒して負傷する

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

〇〇総合病院

所在地

彦根市〇〇町

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日

2 6 0 1 0 3

から

年 月 日

2 6 0 1 0 3

まで

日数

1

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(平成) 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

(平成) 年 月 日

2 6 0 1 0 3

8 装具装着日

(平成) 年 月 日

2 6 0 1 1 0

9 療養に要した費用の額

25,000

円

10 診療の内容

右膝用装具の装着

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため