

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(申請者)情報                                           | 記号                    | 被保険者証の<br>(右づめ) | 6100      | 番号          | 1234 | 生年月日                                   | 年  | 月  | 日  |
|                                                       |                       |                 |           |             |      | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | 63 | 10 | 10 |
|                                                       |                       |                 |           |             |      | <input type="checkbox"/> 平成            |    |    |    |
|                                                       |                       |                 |           |             |      | <input type="checkbox"/> 令和            |    |    |    |
|                                                       | 氏名                    | (フリガナ)          | ケンポ リョウイチ | 健保 良一       |      |                                        |    |    |    |
| 住所                                                    | (〒 862 - 0901 )       | 熊本              | 都 道 府 県   | 〇〇市△△区□□町〇〇 |      |                                        |    |    |    |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                      | TEL 090 ( 1234 ) 5678 |                 |           |             |      |                                        |    |    |    |
| <input 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☑) |                       |                 |           |             |      |                                        |    |    |    |

|         |                 |                                                                     |                            |      |         |              |             |     |     |    |    |
|---------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|---------|--------------|-------------|-----|-----|----|----|
| 振込先指定口座 | 被保険者ご本人の口座に限ります |                                                                     |                            |      |         |              |             |     |     |    |    |
|         | 金融機関<br>名称      | 〇〇                                                                  | 銀行                         | 金庫   | 信組      | 〇〇           | 本店          | 支店  | 出張所 | 本所 | 支所 |
|         | 預金種別            | 1                                                                   | 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | 1234567 | 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。)<br>ケンポ° リョウイチ |                            |      |         |              | 口座名義<br>の区分 | 申請者 |     |    |    |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

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 良一

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 ☐ 令和  
年 月 日

2 傷病名

腰椎椎間板ヘルニア

3 発病または  
負傷年月日

令和 7 年 4 月 21 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)

ずっと腰痛があり、病院に行ったら、腰椎椎間板ヘルニアと診断された。

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

〇〇整形外科

熊本県〇〇市〇〇町〇〇

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

(令和) 年 月 日

07 04 21

から

年 月 日

07 04 21

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

(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

07 04 21

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

07 04 25

9 療養に要した費用の額

8,800 円

10 診療の内容

腰椎装具の装着

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