健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（治療用装具） 被保険者（申請者）記入用

被保険者欄

被保険者証の（左づめ）	記号 □□□ 番号 □□□□□□□	氏名	（フリガナ）
生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	電話番号（日中の連絡先）	□勤務先 □自宅 □携帯 （ ） 内線（ ）
会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。		

申請内容

1 受診者	□ 被保険者 □ 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		3 発病または負傷年月日	□平成 □令和 年 月 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□病気 原因および経過 □ケガ ➡ 負傷原因（以下のいずれかの中から選択☑してください） □交通事故 □暴力（ケンカ） □スポーツ中（□職場行事 □職場行事以外） □動物による負傷（飼い主：□有 □無） □その他 [ ]		
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
6 診療を受けた期間	□平成 □令和 年 月 日 から □平成 □令和 年 月 日 まで	日数	日
6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	□平成 □令和 年 月 日 から □平成 □令和 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 □令和 年 月 日	8 装具装着日	□平成 □令和 年 月 日
9 診療の内容		10 療養に要した費用の額	円
		11 療養の給付を受けること（被保険者証の使用）が出来なかった理由	装具等の作成業者が保険医療機関でないため

〔備考〕

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、備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です）

受付日付印

九州電力健康保険組合

（2021.03）