

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険

記入例  
(弾性着衣等)

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号 1 2	番号 1 2 3 4 5 6	氏名 健保 太郎	(フリガナ) ケンポ タロウ
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 080 ( 1234 ) 〇〇〇〇 ( )	内線
	会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1-①家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53 年 11 月 22 日	
	2 傷病名	子宮頸癌術後下肢リンパ浮腫	3 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 5 月 8 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 原因および経過 令和元年5月に手術、術後の経過は良好	<input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因(以下のいずれかの中から選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 [ ]	
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 すこやかクリニック	所在地 福岡市中央区〇〇1-2-3	診療した医師等の氏名 すこやか 一郎
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	領収書の日付を記入する	
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 6 1 5	8 装具装着日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 6 2 2
	9 診療の内容	弾性ストッキング2着着用	10 療養に要した費用の額	30,000 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