

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用器具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

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	1	2	3	4			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	健保太郎	5	8	4	1	0	<input checked="" type="checkbox"/> 平成		
住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7)	東京	都	道	中央区築地9-9-9				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678	府	県	〇〇マンション503					
<input checked="" 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	<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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。								
	金融機関 名称	三井住友	銀行	金庫	信組	〇〇〇〇	本店	支店	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	0	2	3	4	5	6
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。								
	ケンホ゜ タロウ								

阪和興業社員は口座の記載は不要です。(給与とともに阪和興業から振込まれます)

「2」の場合は必ず記入・押印

受取代理人の欄	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	(〒 -)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)	記入不要			

「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を記入した場合は不要です

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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険事務士の
提出代行者名記載欄

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 花子

生年月日

昭和 平成 令和

23 年 10 月 18 日

2 傷病名

右膝前十字靭帯断裂

3 発病または
負傷年月日

令和 3 年 6 月 20 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)

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

阪和整形外科クリ
ニック

所在地

大阪市中央区〇〇町1-2-3

診療した医師等の氏名

阪和 一郎

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

3 5 1 8

から

年 月 日

3 6 1

まで

日数

3

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

3 5 1 8

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

3 6 1

9 療養に要した費用の額

35,600

円

10 診療の内容

右膝前十字靭帯断裂につきコルセット装着

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