

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	被保険者証の (右つめ)	記号 1	番号 1 2 3 4	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 5	月 8	日 4 1 0	
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎			印 自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ) 東京			都道 府県 中央区築地9-9-9 〇〇マンション503			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678						
<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 <input checked="" type="checkbox"/> )								

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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
	金融機関 名称	三井住友			銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇〇〇	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	0 2 3 4 5 6 7	左づめてご記入ください。	
	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。) ケンポ゜ タロウ				口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

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 (フリガナ)	氏名	委任者と 代理人との 関係
	<b>記入不要</b>			

「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

社会保険学務士の  
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

所在地

診療した医師等の氏名

阪和整形外科クリ  
ニック

大阪市中央区〇〇町1-2-3

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

年 月 日

3 5 1 8

から

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

年 月 日

から

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