

健康保険 被保険者 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(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 1 1 1 1 1 1		
	氏名	(フリガナ) テイコク ハナコ 帝国 華子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 1 1 1 1 1 1
	住所	(〒 100 - 8558) 東京 都 道 府 県	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (3504) 1111	千代田区内幸町1-1-1
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	以下の指定する口座に振り込みをお願い致します。				
	金融機関 名称	中央労働金庫	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	新橋	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 1 1 1 1 1 1	
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。 テイコク ハナコ				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 帝国 華子

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	右膝靭帯損傷	3 発病または 負傷年月日	令和 6 年 7 月 2 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) 階段を踏み外し転倒、その際に右ひざの靭帯を著しく損傷した 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
		帝国総合病院	東京都千代田区	帝国太郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		6 7 2 から 6 10 1 1 まで		101 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	日数
7 装具等の装着について 指示を受けた日	(令和) 年 月 日			
	6 7 5			
8 装具装着日	(令和) 年 月 日			
	6 7 9			
9 療養に要した費用の額	25,000 円			
10 診療の内容				