

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

健康保険 療養費支給申請書(治療用装具)

令和 4 年 9 月 15 日提出

被 保 険 者 情 報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■■県■■■■市■■■■区■■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●● 被保険者証に記載している 記号番号を記入してください
	氏名	栗本 空

記入見本

療 養 対 象 者 情 報 被 保 険 者 記 入 欄	氏名	栗本 空	続柄	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	傷病名	左膝前十字靭帯断裂			発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	発病または 負傷の原因	階段で転倒し、膝が捻じれた								
	傷病の経過	現在も通院中								
	医療機関 名称 住所 医師氏名	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇番地 ◇◇◇◇◇総合病院 ■■■■■	診療の 内容	レントゲン撮影						
	診療を 受けた期間	令和 0 4 0 8 2 0 ~ 令和 0 4 0 8 2 0	まで	1 日間	装着の指示を 受けた日	令和 0 4 0 8 2 0	年	月	日	
	治療用装具を 装着していた 期間	令和 0 4 0 9 1 0 ~ 令和 0 4 0 9 1 5	まで	6 日間	治療用装具の 金額	25,000 円				
療養費支給 申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具の装着のため <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡装着のため <input type="checkbox"/> その他									

あてはまるものに
チェック！

※ 医師の証明書・指示書または診断書(原本)および領収書(原本)を添付してください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

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

必ず確認の上 チェック！

被保険者確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは
記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している
- 療養費の受領方を事業主に委任する (必ずチェック願います)

事業主確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- 事業主が記載内容に誤りがないか確認している

必ず確認の上 チェック！

※健保記入欄

支給決定金額

円