

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	被保険者証の (右づめ)	記号 1 3	番号 2 0 0 0	生年月日 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 4 5 0 4 1 0
	氏名・印	(フリガナ) ミツイ タロウ 三井 太郎 印 自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 350 - 0193) 埼玉 比企郡川島町八幡 6 - 1 3 都道府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 049 (297) 9523		
☒ 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	金融機関 名称	三井住友 銀行 金庫 信組 坂戸 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 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	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	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。) ミ ツ イ タ ロ ウ 口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名・印 印 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)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印 印 委任者と 代理人との 関係		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(元.5)
受付日付印

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

三井 太郎

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

2 傷病名

両偏平足

3 発病または
負傷年月日

令和 3 年 1 月 1 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

肥満により負荷がかかっていた様でかかとに痛みが発生
装具を着けて痛みが無くなり、経過は良好

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

三井整形外科医院

埼玉県川越市〇〇 △△-××

健保 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

0 3 0 1 0 1

から

年 月 日

0 3 0 1 1 7

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

0 3 0 1 0 1

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

0 3 0 1 1 7

9 療養に要した費用の額

25,000 円

10 診療の内容

検査、診察、両足底装具の装着

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