

支払決定 伺	支給 金額			令和 年 月 日				
	内訳	法定給付	円	付加給付	円	常務理事	事務長	係
	備考							

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
家 族

令和 年 月 日 申請

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入してください			
	氏 名			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住 所	(〒 -)		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (内線)					

申 請 内 容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)					
	家族の場合 氏 名		続柄	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	傷 病 名				発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病の原因 および経過 (詳しく)	*別途、負傷原因届を提出いただく場合があります。					
	第三者の行為による負傷疾病か否か	第三者の行為で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	診療を受けた 医療機関等の 名称	所在地		*ある場合、別途連絡します。 診療した医師等の氏名			
	診療を受けた 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日数	日	
	装具等の 装着について	指示を 受けた日	令和 年 月 日		装 具 装着日	令和 年 月 日	
	装着等購入日 および金額	購入日	令和 年 月 日		金 額	円	
	診療内容	<input type="checkbox"/> 治療用装具の装着 <input type="checkbox"/> その他 ()					