

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(治療用装具用)

年 月 日 提出

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証	記号	番号	会社名	② 店舗・部署名 担当名				Tel	()							
	③ 被保険者 氏名	印			生年月日	年 月 日生											
	④ 被保険者 の 住所	〒 —											Tel	()			
	⑤ 被扶養者 氏名	被扶養者が治療用装具の作成指示を受けた場合のみ、必ず記入すること												生年 月日	年 月 日生		続柄
	⑥ 傷病名																
	⑦ 発病または負傷年月日	年 月 日 午前・午後 時 分頃															
	⑧ 発病又は負傷の原因 及び その経過 (詳細記入)	病気の 場合	(原因及び経過)														
			ケガの 場合	負傷原因届を併せてご提出ください													
	⑨ 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地				医師の氏名										
		名称	所在地				医師の氏名										
	⑩ 治療用装具を装着した日 (診療を受けた期間)	年 月 日から				年 月 日まで				日数	日						
		上記の期間に入院していた場合は、その期間				年 月 日から				年 月 日まで				日数	日		
	⑪ 装具等の装着について 指示を受けた日	年 月 日				(装着指示内容) 特になし・あり ()											
	⑫ 療養に要した費用の額 (治療用装具の代金)													円			
⑬ 診療内容																	
⑭ 振込 銀行 口座	金融機関名 (給与口座)	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所				口座番号							
	金融機関コード	—				口座名義人氏名 (被保険者名)				必ずカタカナで記入							

<添付書類>

- ① 医師の「意見および装具装着証明書」等
- ② 領収証 (原本、明細含む)
- ③ 装具現物写真 (別紙「治療用装具の写真について」参照)
- ④ 装具作成確認書
- ⑤ ケガの場合は、負傷原因届、第三者行為による傷病届が必要です。

受付日付印

健 保 記 入	取得日			喪失日		
	入力日			登録番号		