

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 (第 回目)
(治療用装具)

受付年月日

被 保 險 者 が 記 入 す る と 二 ろ	被保険者等記号・番号		生年月日	事業所・所属	<p style="text-align: right;">電話</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄</p>	
	一		昭和 平成 年月日			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	被保険者 (請求者) の住所			
	療養が被扶養者 の場合はその方の		氏名	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 (療養開始日)		令和 年月日(曜日)
	発病の原因および経過 (詳しく)		第三者行為によるものですか			
			はい・いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為 による傷病届」を提出下さい			
	診療を 受けた 病院等	名称 所在地		医師等 の氏名		
		〒	電話	入院・入院外の別		入院・入院外
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	入院の場合、左記の診 療期間中の入院期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間		
診療の内容	療養に要した費用の額			円		
療養費の 支給申請の理由	治療用装具を作成したため					
被保険者に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	店名(店番)	預金種別	口座番号			
池田泉州銀行	()	普通				

申請上の注意

・医師の「意見及び装具装着証明」と「領収書」(装具の名称、種類等内訳記載)の原本を添付ください

受 取 代 理 人 の 欄	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				
	被保険者 (申請者)	住所			
	氏名				
	代理人	住所			
	氏名				
		電話			
	委任者と代理人 との関係 ()				
	受取代理人に対する支払金融機関の欄				
	金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
					フリガナ