

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
 家 族

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中の連絡先)	()	

申請内容	1 受診者	被保険者 家族(被扶養者)	1 - ①家族の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
	2 傷病名			3 発病または 負傷年月日						
	4 発病の原因および 経過(詳しく)									
	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				
		1.								
	2.									
	6 診療を受けた期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	6 - ①左記の期間に 入院していた場合は、 その期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで
	7 装具等の装着につ いて指示を受けた日			8 装具装着日						
	9 療養に要した費用 の額	円		10 診療の内容						

振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。		
	金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所
	口座番号	預金種別	普通・当座・その他
		口座名義 (カタカナ)	