



健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日 令和 年 月 日			
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ					
	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			
		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	から	年 月 日	まで	日数	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	8 装具装着日	(令和) 年 月 日			
	9 療養に要した費用の額	円					
	10 診療の内容						
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため						