健保記入欄	資格取得日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	対象年月	令和 年 月 分	本家	本人	区分	入院	標準報酬月額	給付割合	受付整理No.
	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 分	令和 年 月 分	本人	家族	外来		千円	割				
	決済年月日	令和 年 月 日	支給予定日	令和 年 月 日	新規・補修			支給額合計				円	受付年月日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	再作成			高額・付加給付		有・無			
	常務理事	事務長	係員	係員	前回			高額療養費		円			
					平・令 年 月			付加給付金		円			

被保険者
家族

健康保険 療養費支給申請書 【治療用装具】

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	※ 健康保険証等の 記号・番号	99 — 1234	会社箇所名	近畿日本ツーリスト(株) ○○支店		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	勤務先電話	03 - 1234 - 5678		
	申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭和 平成	45年 11月 22日	
	傷病名	左膝関節前十字靭帯損傷	生年月日	昭和 平成 令和	48年 10月 14日	続柄 妻
	発病（負傷） の原因	いつ	令和 6年 10月 25日	午前・午後	10時頃	
		どこで	東京都千代田区体育館			業務によるものですか？ はい・いいえ
		何を している	バレーボールの試合中			他人による行為によるものですか？ はい・いいえ
	療養を受けた 医療機関等	名称	神田総合病院			
		所在地	東京都千代田区岩本町1-1-1			
	医師による治療用 装具の作成指示日	令和 6年 11月 3日	治療用装具の 装着日	令和 6年 11月 15日		
	治療用装具の 名称	靭帯損傷用のサポーター		入院していた期間 があれば、その期間	自：令和 6年 10月 25日	10日間
	治療用装具の 作成理由	関節を保護するため		治療用装具作成費用 (領収書の金額)	16,200 円	
補修・再作成 による申請の場合は その理由	補修 (理由) 再作成					
被保険者名義 振込先口座	ゆうちょ 銀行 二一八 支店	普通 当座	口座番号：1234567	カタカナ 口座名義：ケンポ タロウ		
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号：12210	番号：12345671		
添付書類	☒ 医師による治療用装具作成に関する意見書（作成（装着）指示書、装着証明書、同意書）の原本					
	☒ 治療用装具にかかる領収書（原本）					
	☒ 傷病届（ケガによる申請の場合は添付のこと。但し既に提出済みの場合は不要： 年 月提出済み）					
被保険者署名欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記の治療用装具作成に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 6年 12月 5日 〒101 - 0031 連絡先（携帯）TEL 090 - 1234 - 5678 住所 東京都千代田区東神田1-1-1 被保険者の署名 健保 太郎					

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄 →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。