



健康保険 **被保険者** 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

被保険者(職員)分か、  
家族分のどちらかに○をつけて  
ください

申請内容	1 受診者	<b>1</b> 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	<b>右大腿部骨折</b> 3 発病または負傷年月日 R * * 年 5 月 15 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	1. 病気 (病気・ケガの原因および経過) <b>2</b> 自宅の階段から落ちて骨折した 5月18日に手術をし、その後ギブスで固定。 現在はギブスを外し、リハビリをしながら治療用装具を使用 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 <b>〇〇病院</b> <b>静岡市葵区×××</b> <b>石野 四迷</b>
	6 診療を受けた期間	(R) 年 月 日 から (R) 年 月 日 まで 日数 <b>4</b> 日 <b>* * 0 5 1 5</b> から <b>* * 0 5 3 0</b> まで
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(R) 年 月 日 から (R) 年 月 日 まで 日数 <b>2</b> 日 <b>* * 0 5 1 8</b> から <b>* * 0 5 1 9</b> まで
	7 装具等の装着について指示を受けた日	(R) 年 月 日 8 装具装着日 (R) 年 月 日 <b>* * 0 5 2 5</b> <b>* * 0 5 3 0</b>
	9 療養に要した費用の額	<b>45,150</b> 円
	10 診療の内容	<b>右大腿部の診療、治療用装具の作成指示、装着確認</b>
	11 療養費の支給申請の理由	<b>5</b> 5. 治療用装具を作成したため 医師の意見書または装着証明書で日付を確認して記入してください

「2傷病名」の傷病に対して診療を受けた期間を記入してください

医師の意見書または装着証明書で日付を確認して記入してください