

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(申請者)記入用

被保険者氏名

健保一郎

申請内容

1 受診者

2 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

健保花子

生年月日

昭和・平成・令和

6年6月16日

2 傷病名

左足関節捻挫

3 発病または  
負傷年月日

平成  
令和

5年9月3日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

買物中に左足を捻って受傷

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

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

〇〇病院

佐賀県〇〇市

△△△△

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年 月 日  
平成 令和 5 9 3

年 月 日  
平成 令和 5 9 3

日数

1

日

6 - ①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

年 月 日  
平成 令和

年 月 日  
平成 令和

日数

日

7 装具等の装着について  
指示を受けた日

平成  
令和

5 9 3

8 装具装着日

平成  
令和

5 9 3

9 療養に要した費用の額

15,000 円

10 診療の内容

左足首用装具の装着

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため