

治療用装具を
購入した場合

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

日本
ヒューレット・パッド
カード健康保険組合

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 ○	②被保険者の 氏名と生年月日	健保 康夫			
		番号 ○○○○		■昭和 □平成 ○○年○月○日			
	③被保険者の 住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町5-6-7		TEL	03-1234-○○○		
	④被扶養者に 関する申請のとき	フリガナ ケンボ タロウ	生年月日	被保険者との続柄			
		氏名 健保 太郎	□昭和 ■平成 ○○年○月○日 □令和	長男			
	⑤傷病名	右足首骨折		⑥発病又は 負傷の年月日 (療養開始日)	□平成 ■令和 ○年5月3日		
	⑦発病又は負傷の 原因及びその経過	自宅の階段で足を滑らせ転落し					
	⑧診療を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称 ○○○病院	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> (自)医師から装具の装着の必要性を診断された日付 証明書/意見書の日付 (至)医師の証明書に記載のある装具を装着した日付、 または領収書の日付 </div>				
		所在地 東京都○○区○○町1-1-					
	⑨診療の期間 (支給期間)	(自) 令和 ○年5月3日 (日数)	⑩入院・ 外来の別	□入院 ■外来			
	(至) 令和 ○年5月18日 3日						
⑪入院の場合 入院期間 入院中の食事の回数	(自) 記入不要	⑫療養に要 した費用の額	23,000 円				
	(至) 記入不要						
⑬申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療装具を購入した (治療装具装着 令和 ○年5月18日)		⑭業務(通勤)災害 によるものですか	□はい ■いいえ			
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 医師の証明書に記載のある日付、 または領収書の日付をご記入ください。 </div>		⑮第三者行為に よるものですか	□はい ■いいえ			
			⑯市区町村から医療費の 助成を受けていますか	■はい □いいえ			
⑰振込先 被保険者名義の 口座を指定	銀行名 ○○銀行	金融 コード ○○○○	口座名義 (被保険者)	カタカナで記入 ケンボ ヤスオ			
	支店名 ○○支店	支店コード ○○○	預金種別	□当座 ■普通			
	口座番号 ○○○○○○○○	⑱提出日	令和 ○年 ○○月 ○○日				

受付日付印