治療用装具を
購入した場合

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。

被保険者が記入するところ

①被保険者等記号・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	〒 ○○○ － ○○○○　TEL 03-1234－○○○○ 東京都○○区○○町5－6－7			
④被扶養者に関する申請のとき	フリガナ ケンポ　タロウ 氏名 健保　太郎	生年月日 □昭和 ■平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 □令和	被保険者との続柄 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		
	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） （至） 令和 ○ 年 5 月 18 日 3 日		⑩入院・外来の別	□入院 ■外来
⑪入院の場合入院期間 入院中の食事の回数	（自） （至） 記入不要 日間		⑫療養に要した費用の額	23,000 円
⑬申　請　理　由	■治療装具を購入した （治療装具装着　令和 ○ 年 5 月 18 日 ） を受けた 受けた ）		⑭業務(通勤)災害によるものですか	□は　い ■いいえ
			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 ケンホ°　ヤスオ
	支店名 ○○支店	支店コード ○○○	預金種別	普通
	口座番号 ○○○○○○○	⑱提出日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日	

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。

(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

受付日付印

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合