

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	千円	給付割合	割	受付整理No.		
	決済年月日	令和 年 月 日	支給予定日	令和 年 月 日	新規・補修	再作成	前回	平・令 年 月	支給額合計	円	高額・付加給付	有・無	高額療養費	円	付加給付金	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	係員	係員											
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	事務長	係員											
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	事務長	係員											
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	事務長	係員											
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	事務長	係員												

被保険者
家族

健康保険 療養費支給申請書 【治療用装具】

※ 健康保険証の 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) ケンボ 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) ケンボ 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 4 年 8 月 14 日 午前・午後 10 時頃 どこで 東京都○○区体育館 何を していて バレーボールの試合中	療養の給付を受けることができなかった理由 1 保険医療機関以外の業者に装具作成を依頼したため 2 その他 ()			
療養を受けた 医療機関等	名称 ○○総合病院 所在地 東京都千代田区岩本町1-1-1	業務によるものですか? はい・いいえ			
医師による治療用 装具の作成指示日	令和 4 年 9 月 1 日	治療用装具の 装着日	令和 4 年 9 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 4 年 8 月 15 日 10 日間 至: 令和 4 年 8 月 25 日		
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	他人による行為によるものですか? はい・いいえ			
被保険者名義 振込先口座	ゆうちょ 銀行 二一八 支店 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	普通 当座	口座番号: 7777777 カカナ 口座名義: ケンボ タロウ		
		記号: 12110	番号: 77777771		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具にかかる領収書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 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)				
申請者署名欄	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4年10月1日 〒101-0031 連絡先(携帯) ☎ 090-9999-9999 住所 東京都千代田区東神田1-1-1 健保 太郎 被保険者の署名				

※ 被保険者証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。

令和 4年10月 1日

近畿日本ツーリスト健康保険組合 理事長殿

被保険者 住所 東京都新宿区新宿3-3-3

Tel: (03) 6333-9999

氏名 健保 太郎



傷病届

健康保険法施行規則第65条の規程により届出します。

被保険者証 の記号・番号	記号 99	被保険者 の勤務す る事業所	所在地	東京都千代田区〇〇〇〇	
	番号 1234			TEL 03-3333-9999	
負傷者氏 名 本人 被扶養者	健保 花子		名称	近畿日本ツーリスト 〇〇支店	
	生年月日	昭平・令	48年10月14日	被保険者 との続柄	
治療費の支払い方法			健康保険 ・ 自費 ・ 相手方(加害者)		

事故発生 年月日	令和 4年 8月 14 日 10時 30分頃	事故発生 の場所	東京都〇〇区体育館 あなたは[車・バイク・自転車・徒歩] 相手は[]		
事故発生 のとき	何をしているとき (どんな用件で)	バレーボールの試合中		公・私 等の別	勤務中
	どの場所で (どこから、どこの途中)	東京都〇〇区体育館			通勤途上 (行き・帰り)
事故 発生 の 状 況	バレーボールの試合中にス パイクするためにジャンプをし たところ着地の際にバランス を崩して膝を痛める		事故 現場・見 取 図	私用	
(記入不要)					

* 自動車事故、殴打等の第三者の行為による場合は、「健康保険 第三者の行為による傷病届」および必要な添付書類を提出してください。