

B

健康保険

被保険者(本人)  
家 族

療養費

支給申請書

(治療用装具)

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 ご自身の事業 所の名称と所在地	TEL ( )		
	③ 傷病名	番号		④ 発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑤ 発病又は 負傷の原因						
	⑥ 第三者の行為によって 負傷したものであるか否か	ある・ない		⑦ 第三者の行為に よって負傷したときは	その事実の 届出の有無	ある・ない	
	⑧ 診療を受けた 病院等の	名称					
		住所					
	⑨ 診療の内容				⑩ 診療に要した 費用の額	金	円也
	⑪ 診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	左の期間のうち入院期間 年 月 日 日間 年 月 日 日間		
	⑫ 療養の給付を 受けなかった理由	記入上の注意 2 (装着年月日 年 月 日)					
	⑬ 申請が家族に関 するときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
上記のとおり申請いたします。 年 月 日							
〒 - 住所							
被保険者(本人) TEL ( )							
氏名 氏名 印							
税務会計監査事務所健康保険組合理事長殿							

支払希望の銀行又は信用金庫 普通預金指定							
銀行 金庫	銀行コード			支店	支店コード		
普通預金	口座番号 (右詰で7桁記入してください)						
口座名義人 (被保険者)	フリガナ						

受付日付印

## 【添付書類】

- 1.領収証(原本)
- 2.医師の意見書・装着指示書・作成指示書等(原本)

※原本は返却できませんので、自治体等への申請で必要な場合には事前にコピーをお取りください。

税務会計監査事務所健康保険組合

TAAけんぽ 療養費(治療用装具用)