

請求者の記入する欄	被保険者証の記号番号	1 - 234567	事業所名	河合楽器製作所			
	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	発病又は負傷年月日	(令和) 5年 4月 15日			
			保険診療の開始日	(令和) 5年 5月 10日			
	発病又は負傷の原因	R5年4月頃から違和感があり、次第に痛みとしびれがでてきた					
	傷病の経過	椎間板摘出手術を行い、その後経過観察中					
	診療担当者の住所・氏名	浜松市中区砂山町456 浜名湖総合病院 浜名花子					
	診療又は手当の内容	腰椎装具装着					
	診療又は手当の期間	(令和) 5年 5月 10日 ~	治療用装具の場合	型取り	5年 5月 13日	診療又は手当に要した費用の額	23,000 円
		() 年 月 日		装着	5年 5月 20日		
	申請者が被扶養者に関する時	氏名	健保 洋子		生年月日	(昭和) 40年 6月 1日	
欄	療養の給付を受けることが出来なかった理由(なぜ健康保険でかからなかったか)		装具製作を業者に依頼したため				
	傷病が第三者の行為によるものであるときはその事実並びに第三者の住所と氏名(不詳のときはその旨)						

請求者	(令和) 5年 6月 5日 住所 〒 430 - 1234 浜松市中区竜禅寺町456 フリガナ ケンボ ゴロウ 氏名 健保 五郎					
療養費受取先	下記指定の口座に振り込み願います。					
	ゆうちょ銀行	記号	番号			
	フリガナ	フリガナ				
	銀行	本店	普通	口座番号		
	金庫・農協	支店	当座			

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

備考

マイナンバーを記載した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です。
また、番号が他の人に見えないように封筒に入れて提出してください。

(注意事項)

- 療養費は原則給与口座に振り込みますので療養費受取先の記入は不要です。
- 海外で療養を受けた場合は、健康保険組合へお尋ねください。

(添付書類)

- ① 自費診療の場合
イ. 診療報酬明細書 ロ. 領収書
- ② 治療用装具の場合
イ. 必要と認めた医師の証明書
ロ. 領収書
ハ. 装具の写真(作成された装具)
ニ. 装具作製確認書

健保受付印

* 請求者は被保険者本人となります。