

被保険者氏名

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
1-1 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 年 月 日
2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 年 月 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 治療用装具を装着した日 (診療を受けた期間)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 年 月 日まで	日数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
6-1 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 年 月 日まで	日数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
7 装具等の装着について 指示を受けた日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 年 月 日		
8 治療用装具の金額	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		
9 診療の内容			
10 療養費の支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため		

様式番号

6 6 1 7 6 8