

健康保険
被保険者
家族

療養費

支給申請書
(治療用装具)

1 2

被保険者(申請者)記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3	番号 4 5 6 7 8 9 0	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 0 0 9 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ケンホ° タロウ	健保 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県 〇〇〇	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ×× (△△△) □□□□			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	×××	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)			口座名義 の区分
	ケンホ° タロウ				

※原則、被保険者のご本人口座へのお振込みになります。

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和 年 月 日
	氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係		
	住所 (フリガナ) 氏名・印		印		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

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
被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1.5)
受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記載不要

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 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 健保 花子	生年月日	昭和52年 7月 1日
	2 傷病名	右足関節靭帯損傷	3 発病または負傷年月日	令和 01年 6月 1日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) テニスの試合中に負傷 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
		〇〇病院 整形外科	東京都〇〇〇	山田太郎 医師
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日	年 月 日	日数
		010601 から 010614	まで	14日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日	年 月 日	日数
	7 装具等の装着について指示を受けた日	令和 年 月 日	8 装具装着日	年 月 日
		010601		010605
9 療養に要した費用の額	〇,〇〇〇 円			
10 診療の内容	理学療法を主体とした保存治療と装具の使用			
11 療養費の支給申請の理由	5 5. 治療用装具を作成したため			

【添付書類】

- 1. 医療機関にて発行された証明書
- 2. 装具作製確認書
- 3. 装具作成した際の領収書
- 4. 作成した装具の写真

← 添付をお願いいたします。