

健康保険

療養費

被保険者

家族 支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者) 記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

1 2

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	1 2 3	4 5 6 7 8 9 0	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5	00	9 0 1
	氏名 (フリガナ)	ケンホ° タロウ					
	氏名	健保 太郎					
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	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	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	左づめてご記入ください。	
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	1 1.申請者 2.代理人	
	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」の場合は必ずご記入ください。

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			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)	住所 (フリガナ)	氏名	(〒 - )	TEL	( )	委任者と 代理人との 関係

「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

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

(R2.12)

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

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

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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	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 04 年 9 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。 ← 添付をお願いいたします。		
	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
		04 09 01 から 04 09 14 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	(令和) 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	(令和) 年 月 日
		04 09 01		04 09 05
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。