

健康保険

療養費

1

2

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

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)			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 令和		
	氏名 (フリガナ)					
	住所 (〒 -)		都 道		府 県	
	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☑)						

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☑ 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	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	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(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人	

「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 (〒 -) TEL ()	氏名 (フリガナ)		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

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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <small>(原因および経過)</small> 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 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日
		<input type="text"/>		まで
				日数
				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	から	年 月 日
	<input type="text"/>		まで	
			日数	
			日	
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	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
9 療養に要した費用の額	_____ 円			
10 診療の内容				
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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