

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 (申請者) 情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名 (自署)	(フリガナ)		生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	住所	(〒 一)		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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	左づめでご記入ください。	
	口座名義	<input type="text"/>			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

口座名義の区分「2. 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記名ください。↓

受取代理人の欄	被保険者 (申請者) 自署	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
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	住所 (フリガナ)	<input type="text"/>	TEL	()	委任者と 代理人との 関係
氏名					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

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

昭和 平成 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)

(原因および経過)

1. 病気

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

名称

所在地

診療した医師等の氏名

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

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

から

年 月 日

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

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

8 療養に要した費用の額

円

9 診療の内容

10 療養費の支給申請の理由

5. 治療用装具を作成したため