

健康保険 被保険者 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	被保険者証の (右づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成
	氏名・印	(フリガナ) _____		
	住所	(〒 _____) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)		
☐ 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	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	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	
	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
				☐ 1. 申請者 2. 代理人

「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	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		

「被保険者 (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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄(01.5)
受付日付印

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

☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

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
[][][][][][]

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
[][][][][][]

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

5

5. 治療用装具を作成したため