

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

※記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書などから確認いただけます。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名 (フリガナ)	-----					<input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒)	都 道	<input type="checkbox"/> 令和			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	府 県					
<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	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	口座番号	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(゜)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 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

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
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	住所	(〒)	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。>>>

・被保険者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

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)

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