

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

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	
	氏名・印	(フリガナ) -----			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	[][][][][][]
	住所	(〒 [][] - [][])			都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	([][])			

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人
---------	--

左づめでご記入ください。

「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
	代理人 (口座名義人)	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・印 (フリガナ) ----- 氏名・印	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。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

(19.05)

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 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 (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	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			