# 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 | 生年月日 年 月 日 |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の（右づめ） | | | □ 昭和 □ 平成 □ 令和 |
| 氏名 | （フリガナ） | | |
| 住所 | （〒 ー ） | 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 | 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 | □ 1．申請者 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<br>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） | （〒 ー ） TEL （ ）<br>住所<br>（フリガナ）<br>氏名 | 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 | |

# 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） <br> 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 <br> 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 |