

療養費(治療用装具)支給伺

常務理事		事務長		係		支給額									円
資格取得日	昭・平・令	年	月	日	種別	請求	査定								
資格喪失日	令	年	月	日	入院										
支給期間	令和	年	月	日	通院										
	令和	年	月	日	計										
					一部負担金										
				日間	支給額										

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

被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 令			
氏名	(フリガナ)					
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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
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 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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	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	
	氏名 (フリガナ)	

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

確認欄 (チェック)

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。
(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)

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

(平・令)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(平・令)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(平・令)年 月 日
[][][][][][]

8 装具装着日

(平・令)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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄