

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 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)		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平			
	氏名	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 令			
	住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )					

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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)	住所 (〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係
	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)	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="radio"/>
---	-----------------------

# 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