

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	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)	0 0 0	☐ 1 ☐ 1 0 1	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	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	☐ 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

「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
	氏名・印	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	(フリガナ)	氏名・印	

- ※ 1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※ 2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
- ① 事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ② 本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所個人番号照会者	印	受付日付印
社会保険労務士の提出代行者名記載欄		印	

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

☐ 平成
☐ 令和 年 月 日 から☐ 平成
☐ 令和 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☐ 平成
☐ 令和 年 月 日 から☐ 平成
☐ 令和 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☐ 平成
☐ 令和

8 装具装着日

☐ 平成
☐ 令和

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