

## 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

※記号番号を記入いただければ、マイナンバーは不要

被保険者 申請者 情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 0 0	番号 9 9 9 9 9 9 9	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 2 5 1 0 0 1
	住所	(〒 455 - 〇〇〇〇 ) 愛知 名古屋市港区〇〇〇〇〇〇			都道府県 名古屋市港区〇〇〇〇〇〇
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇			
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )					

## ※ 給与振込口座への給付を希望する場合は下記に記入

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 〇年 〇月 〇日 申請者住所 名古屋市港区〇〇〇〇〇〇	代理人の氏名
	氏名 健保 太郎	代理人の住所 電話

## ※ 給与振込口座を利用する場合は、下記の欄は記入不要

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。			
	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	普通	口座番号 (左づめ)	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

## ※健保使用欄

支給金額	常務理事	事務長	担当

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

2. ケガ

(原因および経過)

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

① 医師が記入・証明した装具装着証明書(原本)

② 装具の領収証(原本)

※①と②を、添付してください。