

# 健康保險 被保險者 家族 療養費 支給申請書(治療用裝具)

### 被保險者(申請者)記入用

1

2

※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	記号	番号	記号番号が分からぬ場合はマイナンバーを記入してください							
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">9</div>							
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			生年月日	□ 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 □ 令和	年	月	日	
	住所	(〒 455 - 〇〇〇〇 )			愛知	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

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 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。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

### ※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)

(原因および経過)

1. 病気

2. ケガ

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

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。