

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

社員番号

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 (左詰め)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者 (申請者) の氏名 (サイン) をご記入ください。			
住所	(〒 -)		都	道			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		府	県			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協	出張所		
		その他 ()	支店コード:	本所	支所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入ください。

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 ()				
	住所	(フリガナ)					委任者と代理人との関係
	氏名						

「被保険者 (申請者) 記入用」は2ページに続きます。 >>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・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。

被保険者のマイナンバー記載欄

(令3.4)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載

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

被保険者氏名

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者 (申請者) の氏名 (サイン) をご記入ください。

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

(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

(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

11 療養費の支給申請理由

治療用装具を作成したため

靴型・足底装具 写真貼付台紙

靴型・足底装具の申請は、装具の写真を忘れずに添付してください。

被保険者証		被保険者氏名	受診者氏名	作成した装具名	撮影日
記号	番号				
					令和 年 月 日

①正面	②背面
③上面	④底面
⑤左側面	⑥右側面
⑦サイズ表記、タグ、ロゴ、商標（ある場合）	⑧取扱説明書、製品箱、その他付属品等（ある場合）