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
被保険者等記号・番号（左詰め）			□昭和 □平成 □令和
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	（〒 ー ）		
電話番号（日中の連絡先）	（ ）	メールアドレス（支給決定通知書送付先）	

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（ ） 銀行コード：	支店コード：	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	左詰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）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （フリガナ） 氏名	委任者と代理人との関係

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等記号・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	

パーソルキャリア健康保険組合

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	

※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。

被保険者等		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）