

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

社員番号

←記入してください

記入例

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (左詰め)	記号 1	番号 000000	生年月日 年 月 日 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 0 1 0 1 6
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	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	(〒 ××× - ××××)	東京 世田谷区△△1-1-1	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	Tel 03 (1111) ××××			

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	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	000000
	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
	ケンボ゜ タロウ			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)	(〒 -) 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 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

健保 太郎

※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

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

右アキレス腱断裂

3 発病または
負傷年月日

令和 2 年 5 月 1 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

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

△△病院

東京都港区〇〇×××

医師 □□

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

2 5 1 から

年 月 日

2 5 3 0 まで

日数 3

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

2 5 1

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

2 5 1 4

9 療養に要した費用の額

〇〇, 〇〇〇

円

※領収書原本と金額の内訳書を忘れずに添付してください。

10 診療の内容

診療内容について記入してください。

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・足底装具の申請の場合は当該装具の写真の添付が必要です。写真は写真貼付台紙をご利用ください。

※医師の証明書を忘れずに添付してください。

※添付いただく領収書は原本です。コピーなどを添付しないようにしてください。

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				
1	〇〇〇〇〇〇	健保 太郎	健保 太郎	右短下肢装具	令和 2年 5月 21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）

写真を貼付してください。