

療養費(治療用装具)支給伺

常務理事		事務長		係		支給額									円
資格取得日	昭・平	年	月	日	種	別	請	求	査	定					
資格喪失日	平	年	月	日	入	院									
支給期間	平成	年	月	日	通	院									
					計										
					一部負担金										
					支給額										

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(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		昭和			
			平成			
氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号
	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

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	平成 年 月 日
	氏名・印		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 ()	委任者と 代理人との 関係
	住所	(フリガナ)	
	氏名・印		

「申請者記入用」は裏面に続きます。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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。)

受付日付印

備考欄

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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 平成 年 月 日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 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	(平成) 年 月 日	から 年 月 日	まで 日数 日
	6 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 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	(平成) 年 月 日	8 装具装着日	(平成) 年 月 日
	9 療養に要した費用の額	円		
	10 診療の内容			
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印