

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(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)	事業所名
	住所	(〒 -)	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 療養費の受取については事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※ 在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。			

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	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
	受取代理人 (事業所の事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	委任者と受取代理人との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	銀行 信用金庫 その他	本店 支店 その他
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分
			左づめでご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人

【添付書類】

- ・ コルセット等……領収書(原本)、負傷原因届(ケガの場合) 医師の意見書・装具装着証明書(原本)
- ・ 小児弱視等眼鏡等……領収書(原本)、作成指示等、検査結果

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

・ 被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です

・ 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

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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<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	年 月 日 <input type="text"/>	から 年 月 日 <input type="text"/>	まで 日数 <input type="text"/> 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日 <input type="text"/>	から 年 月 日 <input type="text"/>	まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 装具等の装着について指示を受けた日	年 月 日 <input type="text"/>	8 装具装着日	年 月 日 <input type="text"/>
	9 療養に要した費用の額	_____ 円		
10 診療の内容	装具の装着			
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			