

# 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<br>(右づめ)  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      |                      |                      |
|  | 氏名               | <input type="text"/> |                      |                             |                      |                      | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|  | 住所               | (〒 一 )               |                      | 都                           | 道                    | 府                    | 県                           |                      |                      |                      |
|  | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL                  | ( )                  |                             |                      |                      |                             |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は□) |                  |                      |                      |                             |                      |                      |                             |                      |                      |                      |

|         |            |  |      |                      |   |  |              |
|---------|------------|--|------|----------------------|---|--|--------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組<br><input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |                      | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 |  |              |
|         | 預金種別       | <input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段<br><input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知   | 口座番号 | <input type="text"/> |   |  | 左づめでご記入ください。 |
|         | 口座名義       | <input type="text"/>   |      |                      | 口座名義<br>の区分   | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br><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<br>(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<br>(口座名義人) | (〒 一 )                         | TEL | ( ) |    |    |                     |   | 委任者と<br>代理人との<br>関係 |
|         | 住所<br>(フリガナ)   |                                |     |     |    |    |                     |   |                     |
|         | 氏名             |                                |     |     |    |    |                     |   |                     |

「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

(元.5)

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

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)

(原因および経過)

1. 病気

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

名称

所在地

診療した医師等の氏名

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

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 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

日本ピストンリング健康保険組合