

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	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
	(記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。)		<input type="checkbox"/> 平成			
			<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 -)	都 道	府 県			
電話番号 (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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

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="text" value="1"/> 1. 普通	口座番号
	口座名義	左づめでご記入ください。	
	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人	
公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。		

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 ()	委任者と 代理人との 関係
	住所	(フリガナ)	
氏名			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R6.12)

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 <small>(原因および経過)</small> 2. ケガ → 負傷の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 <input type="text"/>	から	年 月 日 <input type="text"/>	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 <input type="text"/>	から	年 月 日 <input type="text"/>	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 <input type="text"/>	8 装具装着日	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>			
	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						

- 【添付書類】
- ①医師の証明書(装具作成指示書、装具装着指示書、意見書等)
 - ②領収書の原本(患者名、装具の名称、種類、内訳別の費用額が記載されているもの)
 - ③靴型装具を作成した場合は、靴型装具の写真