

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	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3 4	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 1 1 0 2 2
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子			
	住所 (〒)	233 - 4567	東京	都道府県	港区〇〇1-1 〇〇マンション101
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1234) 5678			
<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	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇駅前	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	1 2 3 4 5 6 7
	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
左づめでご記入ください。					
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)	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係		
氏名 (フリガナ)					

「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 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 花子

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	右膝関節靭帯損傷		3 発病または負傷年月日 令和 3 年 5 月 2 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
		〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		0 3 0 5 0 2	から 0 3 0 5 0 2	まで 1 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	年 月 日	日数
	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
		0 3 0 5 0 2		0 3 0 5 0 2
9 療養に要した費用の額	25000 円			
10 診療の内容	右膝用装具の装着			
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			