

【在籍者用・見本】

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

申請者記入欄

振込先指定口座	金融機関 名称	※在籍者の方の個人払いは 行っていません。			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 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。		
	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 1. 申請者 2. 代理人

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・印	申請者記入欄			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)	(フリガナ) 事業所(会社)記入欄			住所	(〒 -) TEL ()		

「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。)

(28.8)

備考欄	※記入後の提出先は会社です。 (健康保険組合ではあません)	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印	

受付日付印

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

必須

※内容は分かる範囲で記入

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	(令和) 年 月 日	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	(令和) 年 月 日	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	(令和) 年 月 日	8 装具装着日	(令和) 年 月 日	
	<input type="text"/>		<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			