

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

「注意事項」

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

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 (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 令和		
氏名	(フリガナ)		印			
住所	(〒 -)	都 (道)				府 (県)
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>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。</small>					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本店 支店	農協 漁協	出張所	その他 ()
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめてご記入ください。	
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	<input type="checkbox"/> 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	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ		印
	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		印

「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

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

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	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

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)

1. 病気
2. ケガ

(原因および経過)

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
[][][][][][]

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