

健康保険被保険者療養費支給申請書(治療用装具)

健保記入欄	支給決定額			伺年月日	令和	年	月	日			
	支給内訳	法定		常務理事	事務長	担当者					
		付加									
資格取得		昭・平・令		年	月	日	資格喪失	令和	年	月	日

被保険者(申請者)情報	記号		番号		生年月日				
	被保険者等の				昭・平・令		年	月	日
	氏名		(フリガナ)				事業所名称		
	住所		(〒 -)				都道府県		
	電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()						
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)									

※在籍者が請求する場合は、「受取代理人の欄」を記入、喪失者の場合は、「振込先指定口座」を記入して下さい。

振込先指定口座	☐ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 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。						
	口座名義		金融機関名称		本店		
	(フリガナ)				支店		
預金種別		☐ 1. 普通 2. 当座		口座番号		左づめでご記入ください。	

受取代理人の欄	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	
	代理人の事業所(工場)又は住所			
	代理人の氏名			

- 訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
- 被保険者等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、備考欄にご記入ください
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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

202412改訂

受付日付印

備考

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)

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・平・令

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病または負傷の原因

(原因)

第三者の行為による傷病か

はい・いいえ

届出の有無

ある・ない

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

6 診療を受けた期間

(令和)

年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日間

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 日間

7 装具等の装着・作製に
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

治療用装具を作成したため