

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	記号	番号	生年月日	年	月	日	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>			
	氏名・印	フリガナ			<input type="checkbox"/> 平成			
					<input type="checkbox"/> 令和			
住所	(〒 -)							
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☑)								

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	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	<input type="text"/>			左詰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	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	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				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	住所			フリガナ					
		氏名・印				TEL	()				
委任者と代理人との関係											

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	担当	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

2/2
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】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発症または負傷年月日 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) <input type="checkbox"/> 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 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	<input type="checkbox"/> 5 治療用装具を作成したため			