

健康保険被保険者被扶養者療養費支給申請書(治療用装具)

1/ 被保険者(申請者) **記入例**

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 年 1 月 2 3 日
	氏名・印	フリガナ サカイ タロウ	堺 太郎		電話番号 080-1111-2222
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 〇〇県△△市□□ 1-1-1			

振込先指定口座	金融機関名称	ヒッコシ	銀行 (銀行) 金庫 (金庫) 信組 (信組) 農協 (農協) 漁協 (漁協) その他 ()	サカイ	本店 (本店) 支店 (支店) 出張所 (出張所) 本所 (本所) 支所 (支所)
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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。) サ カ イ ハ ナ コ			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄	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 6 年 12 月 20 日	
	被保険者の氏名・印	堺 太郎		【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)の情報	住所 〒 123-4567 〇〇県△△市□□ 1-1-1	委任者と代理人との関係 妻	
	フリガナ	サカイ ハナコ		
	氏名	堺 花子		電話番号 080-3333-4444

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当
この欄は記入不要です。			

健康保険被保険者 療養費支給申請書(治療用装具)

2/ 記入例
被保険者(申請)

被保険者氏名 堺 太郎

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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	足部捻挫	3 発症または 負傷年月日	令和 6 年 10 月 1 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過) <input checked="" type="checkbox"/> 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
		〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇2-2-2	引越 次郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	(令和) 年 月 日
		6 1 0 2		6 1 0 2 まで 日数 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	から	(令和) 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
	6 1 0 2		6 1 0 9	
9 療養に要した費用の額	30,000 円			
10 診療の内容	右足首固定用の装具の装着			
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 (靴型装具を作成された場合、装具の写真も添付して下さい)		