

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	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 平成 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		印			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関 コード・名称	銀行コード: <input type="text"/>	銀行 金庫 信組 支店コード: <input type="text"/>	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	名称: <input type="text"/>	名称: <input type="text"/>	その他()
	口座番号	<input type="text"/>	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 <input type="checkbox"/> 1.申請者 <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(健保口)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	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	印
	代理人 (健保口情報)	(〒 -) TEL ()	住所
	氏名・印	(フリガナ)	印

「申請者記入用」は2ページに続きます。

本申請に関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関(医療機関・前加入保険者等)へ調査することを同意いたします	印
------------	--	---

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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	取得日または認定年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	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	平・令 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過) 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	平成 令和	年 月 日 から 年 月 日	まで	日数 日
	6 上記の期間に入院していた場合は、その期間	平成 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	平成 令和	年 月 日	8 装具装着日	平成 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				

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。