

記入例

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 (右づめ)	記号 1 2 3 4	番号 5 6 7 8	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 0 0 1 0 1	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 453 - 0015) 愛知 都 道 府 県 名古屋市中村区椿町3番21号				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 (451) 0291				
<input checked="" 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	<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☑ 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 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
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	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
	被保険者 (申請者)	氏名	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 (フリガナ) 氏名	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	

「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

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 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 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年 3月 3日
	2 傷病名	右関節靭帯損傷	3 発病または 負傷年月日	令和 4年 5月 5日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 休日にバスケットをしていた際に右膝を捻って受傷した。 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
		〇〇病院	名古屋市〇〇区 〇〇町〇番地	〇〇〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		040505	から 040505	まで 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	年 月 日	日数
	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	25,000 円		
10 診療の内容	右膝用装具の装着			
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			