

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	1 0	番号	1 2 3 4 5	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	0
					<input type="checkbox"/> 令和	2	0	3
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎						
住所	(〒 151 - 0000)	東京 都 道 府 県			渋谷区 千駄ヶ谷△-△-△			
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (5412) 1827							
<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	<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	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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 checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人	
	ケンポ° タロウ							

受取代理人の欄	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			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)	TEL ()	委任者と代理人との関係			
	氏名						

※ 代理人が事業所及び被扶養者以外の場合は、続柄がわかる書類(住民票等)を添付ください。

「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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R5.4)

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 次郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 2 月 3 日
	2 傷病名	屈折異常弱視	3 発病または 負傷年月日	令和 5 年 3 月 15 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気 (原因および経過) 先天性によるもの。 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
		〇〇眼科	〇〇県××市△△1-2	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		050501	050501	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
		050501		050701
9 療養に要した費用の額	39,800 円			
10 診療の内容	診察・検査			
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			