

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
家 族

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	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒	-)	都	道	府
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の順)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

給与口座へ振込みのため記入不要です

「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 (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
	代理人 (口座名義人)	住所	「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(〒	同上			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

健保組合使用欄

支給額 _____ 円

資格取得 S H R _____ 年 月 日
 認定 S H R _____ 年 月 日
 支給履歴 なし
 前回 H R _____ 年 月 日 購入

受付日付印

(R4.6)

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 <input type="checkbox"/> 2. 家族	続柄	
	1 - ①家族の場合はその方の氏名	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 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2ケガ	(病気の場合は原因および経過、ケガの場合は、いつどこで、何をしていたか等を詳細ご記入ください)	
	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 [][][][][][]
	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 [][][][][][]
	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 checked="" type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			

※ 医師の証明書および領収証原本を添付の上、健康保険組合へ送付ください。

- ・靴型装具の場合は、実際に装着した現物写真もあわせて添付ください。
- ・自治体医療費助成を受ける場合は、医師証明書・領収証コピーを取り、後日、健保組合からの給付金決定通知と合わせて自治体に申請ください。