

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

ページ



コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者(申請者)情報
被保険者証 (記号・番号・生年月日)
氏名 (カタカナ)
氏名
郵便番号 (ハイフン除く) 電話番号 (左づめハイフン除く)
住所 (都道府県)

振込先指定口座
金融機関名称 (銀行・金庫・信組・農協・漁協・その他)
支店名 (本店・支店・代理店・出張所・本店営業部・本所・支所)
預金種別 (1 普通預金)
口座番号 (左づめ)

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)
添付書類 (領収書、医師意見書、戸籍)
申請内容 (装具種類、弾性着衣種類、弱視用眼鏡、弾性着衣対象病名)
その他 (理由、枚数)

受付日付印

(2022.10)

