

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具)



被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報※	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	印	自署の場合は押印を省略できます。		
住所	〒	<input type="text"/>	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	<input type="text"/>				

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 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 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 <input type="text"/>
	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. 被保険者 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)

受取代理人の欄	被保険者	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。		年	月	日
	氏名・印	印	<input type="checkbox"/> 1. 平成 2. 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ				
代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	<input type="text"/>			
住所	<input type="text"/>					
(フリガナ)	印					
氏名・印						
	被保険者との 関係					

※ご注意ください

家族(被扶養者)の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

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記入不要です)マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

6 6 1 6 6 9

1

受付日付印 (2019.5)

被保険者氏名

申請内容

① 受診者

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

生年月日

 1.昭和
 2.平成
 3.令和

年	月	日

② 傷病名

③ 発病または
負傷年月日

 1.平成
 2.令和

年	月	日

④ 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

⑥ 治療用装具を装着した日
(診療を受けた期間)

1.平成 年 月 日から
2.令和 年 月 日まで

年	月	日

1.平成 年 月 日まで
2.令和 年 月 日まで

年	月	日

日数

日	数

⑥-① 上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

1.平成 年 月 日から
2.令和 年 月 日まで

年	月	日

1.平成 年 月 日まで
2.令和 年 月 日まで

年	月	日

日数

日	数

⑦ 装具等の装着について
指示を受けた日

1.平成 年 月 日
2.令和 年 月 日

年	月	日

⑧ 療養に要した費用の額

円

円

⑨ 診療の内容

⑩ 療養費の支給申請の理由

5. 治療用装具を作成したため

様式番号

6	6	1	7	6	8
---	---	---	---	---	---