

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※	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和			
	住所	〒		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

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 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号
	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

「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
	代理人 (口座名義人)	住所	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者との 関係
	氏名・印	(フリガナ)			

※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。

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

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
-------

被保険者氏名

申請内容

① 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和                 年 月 日
② 傷病名		③ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 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 (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)	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和                 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和                 年 月 日まで	日数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑥-① 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和                 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和                 年 月 日まで	日数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑦ 装具等の装着について 指示を受けた日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和                 年 月 日		
⑧ 療養に要した費用の額	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		
⑨ 診療の内容			
⑩ 療養費の支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため		

様式番号

6 6 1 7 6 8