

※ 支 給 額									円
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 治療用装具
家族

※領収書等の添付書類は原本を提出してください

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号	番号	② 生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	③ 氏名	(フリガナ)							
	④ 住所	〒	—	都・道 府・県					
	⑥ 事業所名称				⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	()			
					⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士			

◎【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	⑧ 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)							
	⑨ 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	続柄()	
	⑩ 傷病名				⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日
	⑫ 負傷の原因及びその経過	工作中・通勤中・出張中・私用時・その他() 日時、場所、どのように負傷されたかを具体的に記入ください。							
	⑬ 第三者行為によるものですか	はい・いいえ	はいの場合	氏名	金銭の授受は ありましたか	はい・いいえ			
	⑭ 診療を受けた医療機関等の名称	名称	所在地						
	⑮ 医師が装具の必要を認めた日	令和	年	月	日	入院・外来	診察した医師の氏名		
	⑯ 治療用装具の費用	円							
⑰ 装具は今回初めて作製されましたか?	はい・いいえ	以前にも同じ装具を作製されたことがある	はい・いいえ	いつ頃作製 されましたか	年	月	頃		
⑱ 療養費を支給申請する理由 ※該当番号に○	1.治療用装具を購入し装着したため 2.小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトを購入したため 3.四肢のリハビリ用浮腫治療のため弾性着衣を購入したため								

◎振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振 込 先	公金受取口座	<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、下記の口座情報の記入は不要です。)							
	金融機関名称	銀行コード	銀行・金庫・信組 農協・その他()			預金種別	普通・当座・その他()		
		支店コード	支店・本店・出張所 その他()			口座番号 (右つめて記入)			
口座名義	カタカナで記入				口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人			

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委 任 状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
	受領代理人	氏名

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印