

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	(〒        -        )	都	道	府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (        )					

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)  
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (        )	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
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

1. 申請者  
2. 代理人

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	(〒        -        ) TEL (        )	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

金庫使用欄 代理受領後、振込先個人口座の管理としてお使いください

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (        )	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
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。	

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 被保険者家族 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

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

 昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

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 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--

まで

日数

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

--	--	--	--	--

まで

日数

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