健康保険 被保険者 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

医師の指示により、治療用装具(コルセット、弾性着衣、9歳未満の小児の治療用眼鏡やコンタクトレンズなど)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。

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 (申請者) 情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者等記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	(フリガナ)	☐ 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	☐ 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		☐ 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

確認欄	確認	☐ 右記の要件を確認し、 ☒ を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	---	--

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 出張所 本所 支所
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	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

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

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
		氏名	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
	住所	(フリガナ)	
	氏名		

※ご注意ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 (被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

(6.12)

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

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

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

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

年	月	日

8 装具装着日

年	月	日

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため