

健保 受付日付印

事業所 受付印

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) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和		
	氏名 (自署)	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	(〒 - )	<input type="checkbox"/> 令和			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 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 (委任する場合は☑)	令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	住所	委任者と 代理人との 関係		
		(フリガナ)	氏名・印	印	事業主	

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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"/> 左づめで記入 (7桁)
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(゜)、半濁点(゜)は1字として記入ください)	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

以下の書類を添付してください(必須書類)

- 医師の装着指示・証明書(治療用装具・小児眼鏡等が必要である旨)
- 装具の領収書および料金明細書(原本)
- 「靴型装具」を装着した場合はその現物写真

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 2/2  
家 族

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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)		
	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			
11 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため			

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日提出