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				
被保険者（右づめ）	記号	番号	生年月日	年 月 日
			□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年 月 日
氏名（自署）	（フリガナ） （自 署）			
住所	（〒 ー ）			
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）	□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 （自 署）	
代理人（口座名義人）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係 事業主

注）任意継続、資格喪失の方のみ、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	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	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	被保険者

「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
家　　族

療養費 支給申請書(治療用装具)　2/2

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　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

東洋製罐健康保険組合