

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

被保険者(申請者)情報	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	
			<input type="checkbox"/> 令和		
住所	(〒 -)	都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<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☑ 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 ※阪和興業社員は口座記入不要 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)	<input type="text"/>		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。				
	<input type="text"/>				

阪和興業社員は口座の記載は不要です。(給与とともに阪和興業から振込まれます)

「2」の場合は必ず記入・押印

受取代理人の欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名	印	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)	住所	(〒 -) TEL ()			
		(フリガナ)				委任者と代理人との関係
		氏名	印			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

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

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 (原因および経過)		
	2. ケガ → 負傷原因届もご提出ください。提出がなければ受付となりません。			
	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	<input type="checkbox"/> 5 5. 治療用装具を作成したため			