

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具) (立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

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

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	支店番号
	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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 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
		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)	(〒 -)	TEL	()
	住所	(フリガナ)	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に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

備考欄	<input type="text"/>
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/> 印

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具) (立替払等)

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	平成 年 月 日 令和	
	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	(平成) 年 月 日 (令和)	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	(平成) 年 月 日 (令和)	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	(平成) 年 月 日 (令和)	8 装具装着日	(平成) 年 月 日 (令和)	
	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"/> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 9. その他 (理由)				