

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(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) -----		
	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 <input checked="" type="checkbox"/>)				

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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>(注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>			
	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。) <input type="text"/>		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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 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 委任者と代理人との関係

「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

(2023.4)

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 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)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 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	(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		

ご本人の記入例

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1 2 3 4 5	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 7 0 6 0 1
	氏名 (フリガナ)	ヤマダ タロウ 山田 太郎		
	住所 (〒 231 - 0000)	神奈川県 横浜市中区 ●●町1-2		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234		

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

退職した方のみ記入ください。
(こちらに記入する場合、名義区分は
1.申請者にしてください)
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義
の区分
2 1.申請者
2.代理人

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

氏名

山田 太郎

2.代理人の時のみ記入

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 5 年 10 月 8 日

被保険者の会社証明欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

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 山田 太郎

申請内容	1 受診者	1 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 checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	左膝半月板損傷	3 発病または 負傷年月日	令和 5 年 10 月 2 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 生まれつきのものが日常生活のうえでひどくなった 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
		健保整形外科	横浜市中区●●町45-6	健保 次郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		5 1 0 2	から 5 1 0 5	まで 2 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	年 月 日	日数
	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
		5 1 0 2		5 1 0 5
9 療養に要した費用の額	13,500 円			
10 診療の内容	触診・レントゲン後に装具作成をした			
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			

医師による作成指示書と医療用装具領収書の原本、装具写真を添付してください。
ケガによる医療用装具装着のときは、『負傷原因届』も提出してください。

ご家族の記入例

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1 2 3 4 5	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 7 0 6 0 1
	氏名 (フリガナ)	ヤマダ タロウ 山田 太郎		
	住所 (〒 231 - 0000)	神奈川県 横浜市中区 ●●町1-2		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234		

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

退職した方のみ記入ください。
(こちらに記入する場合、名義区分は
1.申請者にしてください)
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分
2 1.申請者
2.代理人

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

氏名

山田 太郎

2.代理人の時のみ記入

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 5 年 10 月 8 日

被保険者の会社証明欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

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 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 山田 太郎

申請内容	1 受診者	1 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 山田 次郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年 8月 10日
	2 傷病名	小児弱視・斜視	3 発病または 負傷年月日	令和 5年 10月 2日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 生まれつきにより、メガネ作成をした。 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
		健保眼科	横浜市中区●●町45-6	健保 次郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		5 1 0 2	5 1 0 2	1 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	年 月 日	日数
	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
		5 1 0 2		5 1 0 3
9 療養に要した費用の額	24,560 円			
10 診療の内容	弱視用メガネを作成した。			
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			

医師による作成指示書と医療用装具領収書の原本、装具写真を添付してください。
ケガによる医療用装具装着のときは、『負傷原因届』も提出してください。