

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被扶養者

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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	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。) 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 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"/>				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

支給決議書					
同年月日	年 月 日		常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日				
療養費支給額	円				
			支払年月日	受付日付印	

# 健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

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	令和 年 月 日
			まで	日数
	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	令和 年 月 日
		まで	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			
9 療養に要した費用の額	_____ 円			
10 診療の内容				