

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 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | | 自署の場合は押印を省略できます。 | | | |
| | | | | | | | |
| | 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 | 本店 | 支店 |
| | | 農協 | 漁協 | 出張所 | | |
| | | その他(|) | 本所 | 支所 | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1.普通 | <input type="checkbox"/> 3.別段 | 口座番号 | 左づめでご記入ください。 | |
| | | <input type="checkbox"/> 2.当座 | <input type="checkbox"/> 4.通知 | <input type="text"/> | | |
| | 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="checkbox"/> 1.申請者 |
| | | <input type="text"/> | | | | <input type="checkbox"/> 2.代理人 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | | | | | | |
|---------|---------------|--------------------------------|----|----|------------------------|---------------------|---|---|
| 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 | | | |
| | | | (〒 | - |) | TEL | (|) |
| | | 代理人 (口座名義人) | 住所 | | | 委任者と 代理人との 関係 | | |
| | | (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を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です
 ・備考欄に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 ()

(元.5)

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)

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 | | | |