

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)



被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------|--------|------------|--|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証の (左づめ) | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | 住所 | (〒 -) | 都 道 府 県 | 自署の場合は押印を省略できます。 | | | |
| 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 代理店 出張所 本店営業部 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 |
| | 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(ˆ)は1字としてご記入ください。) | 口座名義 の区分 |
| | | | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 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 | 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。 | 平成 年 月 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ | |
| | 被保険者との 関係 | | |

※ご注意ください

家族(被扶養者)の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(30.6)

受付日付印

| | |
|-----------------------|---|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | 印 |
|-----------------------|---|

様式番号

協会使用欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1 | | | | |
|---|--|--|--|--|

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 年 月 日 |
| 2 傷病名 | | 3 発病または負傷年月日 | 平成 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 治療用装具を装着した日 (診療を受けた期間) | (平成) 年 月 日 | から (平成) 年 月 日 | 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 | から (平成) 年 月 日 | 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 | | |
| 8 療養に要した費用の額 | _____ 円 | | |
| 9 診療の内容 | | | |
| 10 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 | | |

様式番号

6 6 1 2 1 8