

健康保険 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

健康保険証に記載の記号2桁の番号

健康保険証に記載の番号4桁の番号

| | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|------|--|-----------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の (右づめ) | 10 | 1234 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 080701 |
| | 氏名 (フリガナ) | ケンボ タロウ 健保 太郎 | | 被保険者(本人)について記入してください | |
| | 住所 (〒 761 - 0185) | 香川 都道 高松市新田町甲34 府(県) | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 087 (839) 5757 | | | |
| <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 | 金融機関 名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁 <input type="checkbox"/> その他() | 給与振込になりますので記入不要。 ただし、任意継続者・退職後に申請される方は 振込口座を記入してください。 | | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | 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。) | | | 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 |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | |
| | 氏名 | 他人に受取をお願いする方のみ記入 | | 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

| |
|------|
| 記入不要 |
|------|

(R2.12)

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

健保太郎

被保険(本人)の氏名

装具、治療をした方について記入してください。

申請内容

1 受診者

2 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

健保花子

生年月日

昭和 平成 令和

10年 8月 2日

傷病名は医師の証明に記載されています。

2 傷病名

右膝関節靭帯損傷

3 発病または
負傷年月日

令和 4年 6月 8日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2 1. 病気
2. ケガ

(原因および経過)

ケガをした日を記入
疾病等でわからない場合は不詳と記入

バレーボールの試合中に右膝を負傷

ケガをされた方はケガをした原因を記入してください
疾病等でわからない場合は不詳と記入

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

タダノ総合病院

香川県高松市新田町

タダノ 次郎

病院で診療を受けた日を記入

診療した医療機関について記入

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日 から 年 月 日
04 06 09 から 04 06 09

日数

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 から 年 月 日
日数

医師から装具の装着をつけるよう指示を受けた日

実際に装具を装着した日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日
04 06 09

8 装具装着日

(令和) 年 月 日
04 06 09

9 療養に要した費用の額

25,000 円

装具購入金額(領収書に記載)

10 診療の内容

右膝用装具の装着

11 療養費の支給申請の理由

5 5. 治療用装具

添付書類は原本が必要です

医師の指示で装具を作成したとき

- ・医師からの証明書(意見書・装具装着証明書等)
- ・装具の領収書

小児弱視の治療用眼鏡を作成した

- ・医師からの検査書(眼鏡等作成指示書)
- ・眼鏡の領収書