



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※ | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の (左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 | | | |
| 住所 | 〒 <input type="text"/> | 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) ※ハイフン除く | TEL <input type="text"/> | | | | | |

| | | | |
|---------|----------------------|--|---|
| 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 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知 | 口座番号 <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。) | |
| | <input type="text"/> | 口座名義 の区分 | <input type="checkbox"/> 1.被保険者 <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 | 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。 | 年 月 日 |
| | 氏名・印 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ | |
| | 住所 | 〒 <input type="text"/> | TEL (ハイフン除く) <input type="text"/> |
| | (フリガナ) | 氏名・印 | 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。

受付日付印

(2019.5)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

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 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | ② 傷病名 | | ③ 発病または 負傷年月日 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 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) | <input type="checkbox"/> 1. 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日から | <input type="checkbox"/> 1. 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日まで | 日数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 |
| | ⑥-① 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間 | <input type="checkbox"/> 1. 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日から | <input type="checkbox"/> 1. 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日まで | 日数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 |
| | ⑦ 装具等の装着について 指示を受けた日 | <input type="checkbox"/> 1. 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日 | | |
| | ⑧ 療養に要した費用の額 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円 | | |
| ⑨ 診療の内容 | | | | |
| ⑩ 療養費の支給申請の理由 | <input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため | | | |

様式番号

6 6 1 7 6 8