

支 給 額									円
内 訳	療 養 費								円
	療 養 付 加 金								円
支 給 開 始	令和 年 月 日								
支 給 期 間	令和 年 月 日 装着								
前 回	令和 年 月 日 装着								
計算式									

決 議	常務理事	事務長		担当者
伺 年 月 日				
支 払 年 月 日				
資 格 取 得 日	令和	年	月	日
資 格 喪 失 日	令和	年	月	日
備 考				

※上記枠内は記入しないでください。

健康保険 被保険者療養費 支給申請書(治療用装具)

家族療養付加金

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 記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	(フリガナ) 氏名・印		印 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 (退 職 し た 方)	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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 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。)

必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受 取 代 理 人 の 欄 (在 職 中 の 方)	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	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 (フリガナ) 氏名・印	印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

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

健康保険 被保険者療養費 支給申請書(治療用装具)
家族療養付加金

1

2

ページ

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者 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 昭和 平成 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)

1. 病気
 2. ケガ

(原因および経過)

5 診察を受けた医療機関等の

名称	所在地	診察した医師等の氏名
名称	所在地	診察した医師等の氏名

6 診察を受けた期間

(令和)年 月 日 から (令和)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 (令和)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 7 -① 装具等を装着した日 (令和)年 月 日

8 療養に要した費用の額

円

9 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

医師の意見書と装具装着証明書および領収書を添付してください。