

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

提出先：健保組合

記入見本

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3東	職種 看護師	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 010203
	氏名	(フリガナ) チカモリ シロウ 近森 次郎				
	住所	(〒 780 - 0056) 高知 都道府県 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678				

振込先指定口座	金融機関 名称	四国 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 その他 ()			<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 本所 支所
	預金種別	1 普通 3. 別段 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。) チカモリ シロウ			口座名義 の区分

「2」の場合は必ずご記入ください。

本人名義ではない口座を
指定の場合のみ

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	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	

- ・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

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

(R3.1.22 改訂)

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

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	生年月日	昭 <input type="checkbox"/> 和 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 成 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 和 <input type="checkbox"/>
	2 傷病名	近森 一郎	25 年 1 月 1 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気	弱視・斜視	3 発病または負傷年月日
		2. ケガ	不詳	令和 不詳 年 月 日
		(原因および経過) 不詳 ケガの場合は「負傷原因届」を添付		
	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
		〇〇眼科	高知 都 道 府 県	
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	(令和) 年 月 日
		0 2 0 1 0 8		0 2 0 1 0 8
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	
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	
	0 2 0 1 0 8		0 2 0 1 1 5	
9 療養に要した費用の額	〇〇,〇〇〇 円	領収(明細)書の金額		
10 診療の内容	2	1. 治療用装具の装着 2. 小児弱視等治療用眼鏡等作成 3. 弾性着衣の装着 4. その他 () 「2」の方、更新の場合のみ (令和) 年 月 日 更新前の保険者名、保険証の記号・番号 更新前の装着日		

※ ①と②のいずれも原本を添付

①1の場合「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」

2の場合「眼鏡等作成指示書(視力等の検査結果が明記されたもの)」

3の場合「弾性着衣等装着指示書」

②「領収(明細)書」