

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

記入見本

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3階	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 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号 府県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678				

振込先を下の欄に記入するか、次の2つのうち希望するものに☑を入れてください。

給与口座を利用します。近森会健保組合が事業主に照会し口座情報を取得することに同意します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関 名称	四国		銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/>
	預金種別	1 普通 3 別段 2 当座 4 通知	口座番号	〇〇〇〇〇〇	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

振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合より事業主に照会を行い、給与口座に振り込ませていただきます。

「？」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	(〒 - ) TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)		委任者と 代理人との 関係

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 近森 一郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 25 年 1 月 1 日
	2 傷病名	弱視・斜視	3 発病または 負傷年月日	令和 不詳 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気  2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	(原因および経過) 3歳児健診で見つかった。 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 装具等の装着について 指示を受けた日	名称	所在地	診療した医師等の氏名
				都 道 府 県
	7 装具等の購入日 (領収日) および金額	(令和) 年 月 日 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	日付と金額は 添付書類を確認し 記入してください	
	8 装具等の装着確認日	(令和) 年 月 日 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	円	
	10 診療の内容	治療用装具の装着		
11 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため			

添付書類: ①と②(いずれも原本)

- ①装具「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」  
眼鏡「眼鏡等作成指示書(視力等の検査結果が明記されたもの)」  
弾性着衣「弾性着衣等装着指示書」
- ②「領収(明細)書」