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 申請者 情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
住所	（〒　－　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

□ 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。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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	□ 1．申請者 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（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	
代理人（口座名義人）	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印　印	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。〉〉〉

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	

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（原因および経過） 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 診療を受けた期間	（令和） 年 月 日 から 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 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
8 装具装着日	（令和） 年 月 日
9 療養に要した費用の額	円
10 診療の内容	

治療用装具写真添付台紙（表）

※この用紙はA4サイズ両面で印刷してください

記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名	提出年月日
・			年　　月　　日

注）1. ご自身が実際に装着する装具の現物を撮影した写真を枠内に添付してください
2. 装具全体が確認できるように撮影してください
3. 装具代金を支払った際に受け取った装具すべての写真を撮影してください
（台紙が2枚になっても差し支えありません）

正面から撮影したもの

側面（左右どちらか一方）から撮影したもの

治療用装具写真添付台紙（裏）

裏面（底面）から撮影したもの

その他（ロゴ・タグ〈サイズ・品番・メーカー表記等〉がある場合）