

# 記入見本

支給額 ￥

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 被保険者 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	記号 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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		
	XX	9999			
	(フリガナ)	アコム タロウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 XXXXXX
	氏名 自署してください。 →	阿込 太郎	住所	〇〇 都 道 府 県 〇〇市〇〇1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	被保険者等の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。 マイナンバーは絶対に記載しないでください。			(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。				

在職者は記入不要 (給与口座振込)  
退職者は希望する本人口座を記入してください。  
いずれの場合も公金受取口座の記入は不要です。

「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 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 阿込 太郎

申請内容

1 受診者	1 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX 年 XX 月 XX 日
2 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア 3 発病または負傷年月日 令和 XX 年 XX 月 XX 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気 (原因および経過) 腰痛出現し、しばらく様子を見ていたが痛みが強くなり、足のしびれも現れ歩けなくなった。検査にて腰椎椎間板ヘルニアと診断された。 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 ◇◇◇病院 ○県○市○○999 ○○医師
	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 X X X X X X
8 装具装着日	(令和) 年 月 日 X X X X X X
9 療養に要した費用の額	○万○千 円
10 診療の内容	コルセット着用し、椎間板への負担軽減を図る