

【治療用装具の場合】

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者(申請者)記入用

記入日 和暦(令和) 1 年 9 月 1 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1 2 3 4	生年月日 和暦(平成) 1 年 5 月 1 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	印	事業所の名称 〇〇〇株式会社
	住所	(〒 123 - 4567) 東京 〇〇市〇〇1-1-1	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000		

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	① 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義	健保 太郎	口座名義 の区分	① 申請者 2. 代理人

◎本人死亡等の理由により代理人に委任する場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

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。	和暦() 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 住所 (〒 -) TEL () (フリガナ) 氏名・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
(健康保険組合使用欄)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(令和2年3月改)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	1. 被保険者 <input checked="" type="radio"/> 2. 家族(被扶養者)			
	家族の場合はその方の	氏名	健保 さくら	生年月日	和暦(平成) 2年3月20日
	2 傷病名	右アキレス腱断裂	3 発病または負傷年月日	和暦(令和) 1年5月10日	
	4 発病の原因および経過	1. 病気 (原因および経過) <input checked="" type="radio"/> けが ⇒ 工作中、通勤途中または第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 労災に該当する場合は申請いただけません。 第三者行為によるものである時は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⇒ 記入を続けてください			
	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	
		〇〇〇病院	東京都〇〇市△△3-2-1	健康 一郎	
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	6 ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	和暦(令和) 1年5月10日	和暦(令和) 1年5月14日	日数	5 日
		から	まで		
	7 装具等の装着について指示を受けた日	和暦(令和) 1年5月10日	8 装具装着日	和暦(令和) 1年5月14日	
9 療養に要した費用の額	50,000 円				
10 診療の内容	右下肢装具装着				
11 療養費の支給申請の理由(該当する数字を○で囲んでください)	1. 保険証を持っていなかったため(理由 :) 2. 前の保険証を使用したため <input checked="" type="radio"/> 3. 治療用装具を作成したため				