

## 健康保険

 本  
 家 人 族

## 治療用装具

## 支給申請書

確認欄	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。	令和 年 月 日 提出
-----	--	-------------

①事業所名称				②被保険者証 記号－番号	-		
③被保険者氏名	性別	④生年月日	昭和・平成 年 月 日		⑤年齢	歳	
	男・女						
⑥受診者が被扶養者の場合はその方の 氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名			性別	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		年齢	歳		
⑦診療を受けた医療 機関名称・住所及び 医師氏名	名称			医師氏名	⑧治療用装具の 装着日及び費用		
	住所				令和 年 月 日 円		
⑨傷病名				⑩診療区分	入院・外来		
⑪発病又は負傷の原因	発病又は負傷した時期	原因及び経過（ケガの場合は、「負傷原因届」を併せて提出して下さい）			第三者・業務災害		
	令和 年 月 日頃				該当・不該当		
⑫診療又は手当の期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	まで	⑭公費 マル福	該当	
⑬上記の期間に入院し ていた場合その期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	まで		不該当	

⑮給 付 金 振 込 先	公金受取口座（マイナポータル）	<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。				※公金受取口座または 健保組合登録口座 のいずれかに☑して下さい。
	健保組合登録口座	<input type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。				
	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			
		受取代理人	（氏名）	（住所）		
			受取代理人 住所・電話 氏名			
金融機関名称 及び預金種別				信連 農協 銀行	本店・支店	（普通・当座）
口座番号					左づめでご記入下さい。	
（フリガナ） 名義人	（フリガナ）					

○被保険者のマイナンバー記入欄

受付印

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

令和6年5月改訂版