# 健康保険 □本人 ☑家族 治療用装具 支給申請書 記入例

| 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。<br>①申請者本人（被保険者）が作成したものです。<br>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 6年 5月 20 日 提出

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ①事業所名称 | ○○○農業協同組合 | | | ②被保険者証 記号－番号 | 100 - 25 | | |
| ③被保険者氏名 | 健保 太郎 | 性別 | (男)女 | ④生年月日 | (昭和)・平成 49年 2月 20日 | ⑤年齢 | 50 歳 |
| 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 | 健保 花子 | 性別 | 男・(女) | 続柄 | 妻 | |
| | 生年月日 | (昭和)・平成・令和 50年 1月 2日 | | 年齢 | 49 歳 | | |
| ⑦診療を受けた医療機関名称・住所及び医師氏名 | 名称 | ○○整形外科病院 | 医師氏名 | 茨城 太郎 | ⑧治療用装具の装着日及び費用 | | |
| | 住所 | 水戸市○○町1丁目▲▲番地 | | | 令和6年5月10日 28,000 円 | | |
| ⑨傷 病 名 | 腰椎椎間板ヘルニア | | 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3者・業務災害 | | | |
| | 令和6年5月1日頃 | 自宅で片づけをしていて、重い荷物を動かそうとした際に痛めた | | 該当・(不該当) | | | |
| ⑫診療又は手当の期間 | 令和 6 年 5 月 1 日 ～ 6 年 5 月 15 日 まで | | | ⑭公費マル福 | 該当 (不該当) | | |
| ⑬上記の期間に入院していた場合その期間 | 令和 年 月 日 ～ 年 月 日 まで | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑮給付金振込先 | 公金受取口座（マイナポータル） | | □ 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 | | ☑ 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<br>（氏名） （住所） | |
| | | 受取代理人 | 受取代理人<br>住所・電話<br>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。 |
| | | | （ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |

○被保険者のマイナンバー記入欄

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

（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。）

受 付 印

令和６年５月改訂版

茨城県農協健康保険組合