

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。（ただし、医師の証明欄は除く。） 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	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	続柄	歳
	生年月日		男・女		
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	～	年 月 日	まで	⑭公費 マル福
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	該当 不該当
⑮医師の 意見欄	患者名	装具の名称	(医療機関名称及び住所)		
	装着日	年 月 日	医師の意見	住所 名称 医師名	
	傷病名				

⑯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 のいずれかに回して下さい。			
	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5年5月改訂版