

健康保険

 本 家
 人 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。 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 6年 5月 20日 提出
-----	--	-----------------

①事業所名称	〇〇〇農業協同組合			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	④生年月日	⑤年齢	50	歳											
		男・女						昭和・平成 49年 2月 20日									
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	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	〇〇整形外科病院		医師氏名	⑧治療用装具の 装着日及び費用												
	住所	水戸市〇〇町1丁目▲▲番地		茨城 太郎	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
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	マル福	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 ずれかに印して下さい。			
	健保組合登録口座	<input checked="" 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（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