健康保険 □本 人 □家 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 男・女	④生年月日	昭和・平成 年 月 日	⑤年齢	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				性別 男・女	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）			第3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	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		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			

⑰給付金振込先	被保険者記入欄 健保に口座を登録していない場合に記入して下さい。	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。 （氏名）　（住所）　令和　年　月　日				
	代理人記入欄	住所 代理人 （事業主）				
		金融機関名称及び預金種別		信連 農協	本店・支店	（普通・当座）
		口座番号				
		（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人				

○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4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合

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。 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4年5月２５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	48	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	47	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 4年5月２０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）			第3者・業務災害		
	令和４年５月１０日頃	自宅で片付けをしていて、重い荷物を動かそうとしたとき			該当・不該当		
⑫診療又は手当の期間	令和 4 年 5 月 10 日 ～ 4 年 5 月 22 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					不該当	

⑮医師の意見欄				
患者名	健保 花子	装具の名称	体幹装具C-4 腰椎支持部C（軟性）	（医療機関名称及び住所） 住所：水戸市○○町1丁目▲▲番地 名称：○○整形外科病院 医師名 茨城 太郎
装着日	令和 3年 4月 20日	医師の意見	体幹装具の装着が必要と認める。	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア			

⑰給付金振込先					
被保険者記入欄 健保に口座を登録していない場合に記入して下さい。	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。 （氏名） （住所） 令和 年 月 日				
代理人記入欄	住所 代理人 （事業主）				
	金融機関名称及び預金種別		信連 農協	本店・支店	（普通・当座）
	口座番号				
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人				

○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4年5月改訂版

茨城県農協健康保険組合