健康保険 被保険者 家族　療養費（治療用装具）　支給申請書

被保険者（申請者）情報			
被保険者等記号・番号		氏名	
記号　番号 ――		フリガナ （氏）	フリガナ （名）
住所			生年月日
〒　―			□ 昭和 □ 平成　年　月　日
事業所	名称	所在地	
		〒　―	
	所属	（連絡先）※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
		――　――	

申請内容					
受診者	□ 被保険者（本人） □ 被扶養者（家族）	被扶養者（家族）の場合はその方の氏名		生年月日	
				□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
傷病名			発病または負傷年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	
発病の原因および経過（詳しく）	□ 病　気 □ ケ　ガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください			
診療を受けた医療機関等の	名称	所在地		診療した医師等の氏名	
		〒　―			
診療を受けた期間	入院	令和　年　月　日　～　年　月　日		日数	日間
	外来	令和　年　月　日　～　年　月　日		日数	日間
療養に要した費用の額	円				
診療の内容					
療養費の申請の理由	☑ 治療用装具を作成したため	作製の指示を受けた日	令和　年　月　日		
		装具を装着した日	令和　年　月　日		
	今回作製した装具は	□ 初めて作製した □ 以前も作製したことがある	→ ある場合	□ 再作製 □ 修理	
障害者手帳をお持ちですか	※ 障害者総合支援法による補装具の対象となるか判断するため、障害者手帳の有無を確認させていただいております		□ 持っている → 手帳のコピー添付 □ 持っていない		

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄		
申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。 令和　年　月　日 住所 氏名	
代理人	住所 氏名	
□ 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。		

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	