

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の記号・番号	氏名	
	—	フリガナ	フリガナ
		(氏)	(名)
	住所		生年月日
	〒 —		昭・平 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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者(本人)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日	
		<input type="checkbox"/> 2. 被扶養者(家族)			昭・平・令 年 月 日	
	傷病名				発病または 負傷年月日	昭・平・令 年 月 日
	発病の原因および 経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください			
		<input type="checkbox"/> 2. ケガ	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 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	<input type="checkbox"/> 1. 初めて作製した	<input type="checkbox"/> 1. 再作製			
		<input type="checkbox"/> 2. 以前も作製したことがある	→ 2. の場合	<input type="checkbox"/> 2. 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			<input type="checkbox"/> 1. 持っている	→ 手帳のコピー添付	
				<input type="checkbox"/> 2. 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。			
		住所	令和 年 月 日		
		氏名			
	代理人	住所			
	氏名				
<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。					

受付印

被保険者証の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