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	記号 300 ― 番号 123456	氏名 フリガナ ケンポ（氏）健保　フリガナ ヨシオ（名）良夫
住所	〒 176 ― 0001 東京都練馬区練馬○－○－○　△△マンション○○号室	生年月日 ☑昭和 ☐平成 51 年 6 月 24 日
事業所 名称	綜合警備保障株式会社	所在地 〒 107 ― 8511 東京都港区元赤坂１－６－６
事業所 所属	○○○支社　□□□営業所	（連絡先）従業員連絡用携帯電話・内線番号など ― ××××

事業所の名称、所在地は「本社」
所属には「実際に配置されている支社、部署」を
お書きください

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：健保　一太	生年月日 ☐昭和 ☑平成 25 年 4 月 2 日 ☐令和
傷病名	両足尖足	発病または負傷年月日	☐昭和 ☑平成 25 年 5 月 13 日 ☐令和
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 出生時に脳性麻痺を発症、両足尖足のため、リハビリと並行して治療用装具での治療を継続中、成長に伴いサイズが合わなくなったため ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、[illegible]	
診療を受けた医療機関等の	名称：○○総合病院	所在地：〒 176 ― 0002 東京都練馬区桜台○－○－○	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 6 年 5 月 1 日 ～ 6 年 5 月 31 日		日数 5 日間
療養に要した費用の額	46,500 円		
診療の内容	リハビリテーション、投薬		
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 6 年 5 月 10 日 装具を装着した日：令和 6 年 5 月 25 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：△△マンション○○号室	
	氏名：健保　良夫	
代理人	住所	
	氏名	

原則、事業主への委任払いとなりますので、申請者欄を記入してください

受取代理人は本社の総合事務部長です
申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白のままで、本社の総合事務部へ提出してください

☐ マイナンバーカード等で本人確認を行う

事業主経由で給与口座へ振り込みます

添付書類

①医師の装具作成指示書または装着証明書
②領収書
③装具明細書
④障害者手帳のコピー（該当する方のみ）

※靴型装具の場合は、写真（実際に装着できる現物と確認できるもの）を添付してください

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーに[illegible]
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確[illegible]

備考欄	