

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の記号・番号	300 - 123456	氏名	ケンボ ヨシオ
			フリガナ	ケンボ ヨシオ
			(氏)	(名) 健保 良夫
	住所	〒176 - 0001 東京都練馬区練馬〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		
事業所	名称	総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		
	所属	〇〇〇支社 □□□営業所		
	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	話、内線番号など - × × × ×		

申請内容	受診者	1. 被保険者(本人) 2. 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・平・令 25年4月2日	
	傷病名	両足尖足		発病または 負傷年月日 昭・平・令 25年5月13日	
	発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気 2. 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、併せてご提出 ケガの場合は、この申請書のほかに 「負傷の原因届」が必要です		
	診療を受けた 医療機関等の	名称	所在地	〇〇総合病院 〒176 - 0002 東京都練馬区桜台〇-〇-〇	
	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 3年 5月 1日 ~ 3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	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 3年 5月 10日	
		今回作製した装具は	装具を装着した日	令和 3年 5月 25日	
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		1. 持っている → 手帳のコピー添付 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。 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 氏名 健保 良夫	〇 △△マンション〇〇号室 令和 3年 6月 5日
	代理人	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、本社の総合事務 部へ提出してください 総合事務部長 〇〇 〇〇	
<input type="checkbox"/> 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)

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
(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

備考欄

※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