

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (治療用装具)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
		被扶養者 (家族)の 氏名	被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	傷病名			発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病または負傷の原因及び経過				他人の行為によるものですか	1. はい 2. いいえ
	診療を受けた医療機関等	名称	所在地		診療した医師の氏名	
		名称	所在地		診療した医師の氏名	
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日			療養に要した費用の額	円
	上記内で入院していた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日				
診療の内容						
療養費の支給申請の理由	該当理由に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、その他の場合は具体的に理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 2. その他 [ ]					

振 込 先 指 定 口 座	【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)			
	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)		
	<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。(利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) 注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。			

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人 (口座名義人) 住所 氏名	印	被保険者との関係

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。