

健康保険被保険者家族療養費支給申請書(治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日	年	月	日
	(右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒)		都	道	府	県
電話番号	TEL	()				
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人	

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名・印		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人)	住所	TEL ()	委任者と代理人との関係
氏名・印	(フリガナ)		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- 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

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①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

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

令和 年 月 日
[][][][][][]

から

年 月 日
[][][][][][]

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

令和 年 月 日
[][][][][][]

から

年 月 日
[][][][][][]

まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

令和 年 月 日
[][][][][][]

8 装具装着日

令和 年 月 日
[][][][][][]

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

(添付書類)

領収書原本(装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別費用額・義肢装具士の氏名(押印可)が記載されているもの

- 装具作成の場合・・・「医師の意見書および装具装着証明書」
- 弾性着衣の申請・・・「弾性着衣等装着証明書」
- 9歳未満の小児弱視等の治療用メガネ・・・医師の「眼鏡等作成指示書」

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒)				都道 府県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
	印						

自署の場合は押印を省略できます。

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)								
	傷病名									
	負傷日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃			
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)								
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()								
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない								
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有	→ <input type="checkbox"/> あなたは被害者	→ <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。					
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。									
	治療経過	令和	年	月	日記入日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止				
治療期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで

受付日付印