

# 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(申請者)情報	被保険者証の (右つめ)	記号 [ ][ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	[ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	氏名	(フリガナ) _____			
	住所	(〒 _____ )	都 道 府 県	市 郡 区	
	電話番号 (日中の連絡先)	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	<b>1</b> 1. 普通	口座番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	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 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

【2】の場合は必ず記入・押印をしてください。(押印省略不可)

委任欄	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)	(〒 _____ ) TEL ( _____ )		
	住所	(フリガナ) _____	氏名・印	委任者と代理人との関係

「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別途必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 \_\_\_\_\_

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

# 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

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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  
 ●装具作成の申請・・・「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)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和		
氏名	(フリガナ)					

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		<input type="checkbox"/> 無			※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」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