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

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等記号・番号（右づめ）	1250	000001	☑昭和 □平成 □令和 60 08 02
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎		
住所	（〒 350 － 0001 ） 埼玉 都道府県 川越市〇〇１－１－１		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090 （ 0001 ） 0001		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）

振込先指定口座

金融機関名称	健康信用	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	健康 本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1　1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6　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。） ケンホ゜ タロウ	口座名義の区分	1　1.申請者 2.代理人

「２」の場合は必ず記入ください。

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 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 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	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。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

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	健保　太郎

申請内容

1 受診者	2　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	健保　健一	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和 30 年 2 月 2 日
2 傷病名	両足扁平足		3 発病または負傷年月日	□平成 ☑令和 2 年 3 月 1 日
4 発症の原因および経過（詳しく）	1　1.病気	（原因および経過）先天性であり、不明		
	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	
	埼玉しんきん病院	埼玉県朝霞市〇〇１－１－１	埼玉次郎	
	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 02 03 01 から	年 月 日 02 03 25 まで	日数	3 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 02 03 10	8 装具装着日	（令和）年 月 日 02 03 25	
9 療養に要した費用の額	35,000 円			
10 診療の内容	足底装具の着用			