

## 【記入例】

|                |      |     |    |       |    |   |   |
|----------------|------|-----|----|-------|----|---|---|
| 支給決定<br>並びに支出伺 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 支給決定額 | 円  |   |   |
|                |      |     |    | 支給期間  | 令和 | 年 | 月 |

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)  
家 族

|             |          |                      |           |          |            |                  |  |  |
|-------------|----------|----------------------|-----------|----------|------------|------------------|--|--|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の記号 | 82                   | 番号        | 100000   | 生年月日       | □昭和 □平成 ○年 ○月 ○日 |  |  |
|             | 氏名       | (フリガナ) サンタテ タロウ      | 三立 太郎     | 所属       | 三協立山(株)○○○ | 部・支店・工場<br>○○○ 課 |  |  |
|             | 自宅住所     | (〒 933 - ○○○○ )      | 富山        | 都(道)府(県) |            |                  |  |  |
|             | 電話番号     | TEL 0766 ( ○○ ) ○○○○ | 高岡市○○○町○○ | ○○番地     |            |                  |  |  |

|      |                   |  |  |                       |                                 |       |
|------|-------------------|--|--|-----------------------|---------------------------------|-------|
| 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 | 三立 花子  | 生年月日   | □昭和 □平成 □令和<br>○年○月○日 |                                 |       |
|      | 2 傷病名             | 右足首骨折  | 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. ケガ<br>2. 病気   | 負傷の原因(負傷した日時・負傷した場所・発生状況を具体的に記入ください。)<br>※ケガの場合は負傷原因を記入<br>令和4年○月○日 休日の午後2時頃、買い物へ行こうとした際自宅の玄関前が雨で濡れていた為、滑って転倒した。 |                       |                                 |       |
|      | 5 診療を受けた医療機関の名称   | ○○○病院  | 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<br>令和○年○月○日まで   | 7 療養に要した費用(装具の代金)  | ○○○○○ 円               | 8 装具等の装着について指示を受けた日<br>令和○年○月○日 |       |
|      | 9 装具の種類           | □ 治療用眼鏡 □ オーダーメイド装具<br>☑ 既製品装具 ※既製品は下記を記入ください<br>(メーカー名 アルケア(株)) |  |                       |                                 |       |
|      | 10 装具の装着日         | 令和○年○月○日   | (製品名 アンクルサポート)   |                       |                                 |       |

【添付書類】①装具の領収証(原本)②医師の装具装着証明(治療用眼鏡は作成指示書)(原本)を申請書に添付してください。

|         |        |                            |                |               |                        |      |     |
|---------|--------|----------------------------|----------------|---------------|------------------------|------|-----|
| 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 北陸                         | 銀行(金庫)信組(農協)漁協 | 高岡            | 本店(支店)出張所              | 店舗番号 | 201 |
|         | 預金種別   | 1. 普通<br>2. 当座             | 口座番号           | 1 2 3 4 5 6 7 |                        |      |     |
|         | 口座名義   | ▼カタカナでご記入ください。<br>サンタテ タロウ | 口座名義の区分        | 1             | 1. 申請者(被保険者)<br>2. 代理人 |      |     |

▼「2. 代理人」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    | 受付日付印 |
|         | 代理人(口座名義人) | 住所<br>(フリガナ)<br>氏名             | 委任者と代理人との関係 |       |

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は備考欄に記載してください。※【注意】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。