

支給決定 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 日

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)	所属
	自宅住所	(〒 - )	都(道)府(県)
	電話番号	TEL ( )	部・支店・工場 課

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	
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. ケガ <input type="checkbox"/> 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。)	
	5 診療を受けた医療機関の	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 令和 年 月 日まで・ <input type="checkbox"/> 継続中	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	令和 年 月 日	9 装具の種類	<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡 <input type="checkbox"/> オーダーメイド装具 <input type="checkbox"/> 既製品装具 ※既製品は下記を記入ください (メーカー名)
	10 装具の装着日	令和 年 月 日		(製品名)

【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	(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協)	(本店)(支店) (出張所)	店舗番号
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) <input type="checkbox"/> 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
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係

受付日付印
-------

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。