

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	

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	82	番号	100000	生年月日	□昭和 □平成 ○年 ○月 ○日
	氏名	(フリガナ)		所属	三協立山(株)○○部・支店・工場 ○○○	
	自宅住所	(〒 933 - ○○○○)		富山 都道府県	高岡市○○○番地	
	電話番号	TEL 0766 (○○) ○○○○				

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	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 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. ケガ <input checked="" type="checkbox"/> ※ケガの場合は負傷原因を記入 2. 病気	
	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 checked="" type="checkbox"/> 継続中	7 療養に要した費用(装具の代金) 40000 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 装具装着日 令和 ○年 ○月 ○日
	10 診療の内容	装具の装着	11 療養費の支給申請の理由 治療用装具を作成した為

【添付書類】①医師の装具装着証明(原本) ②装具の領収証(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 店舗番号 201
	預金種別	1 普通 2. 当座	口座番号 1234567	※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。 サンタテ タロウ	口座名義の区分	1 1. 申請者(被保険者) 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)	委任者と代理人との関係
		氏名		

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へ記載してください。※【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。

備考欄