

# 記入例

被保険者  
家族

## 療養費 支給申請書 (治療用装具・生血)

1

2

被保険者 (申請者) 記入用

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者 (右づめ)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="00000"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="00101"/>	<input type="text" value="1"/>
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ 知ウ 健保 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒 ××× - ×××× )	都道府県	東京 新宿区 △△ 2-2-2				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1111) ××××					
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	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text" value="000000"/>	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。)	口座名義の区分	<input type="text" value="1"/>	1. 申請者 2. 代理人		
	ケンポ ° タロウ						

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者の記号・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必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者氏名 健保 太郎

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	左上腕骨折		3 発病または負傷年月日 令和 3 年 4 月 1 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. 1. 病気 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
		△ △ 病院	東京都港区〇〇 x-x-x	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		0 3 0 4 0 1	から 0 3 0 5 2 0	まで 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	年 月 日	日数
	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
		0 3 0 5 2 0		0 3 0 5 2 7
9 療養に要した費用の額	〇〇, 〇〇〇 円			
10 診療の内容	診療内容について記入してください			
11 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため			