

被保険者 療養費支給申請書(治療用装具等)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	(7) 記号	000	(4) 番号	0000	② 生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年〇月〇日(〇〇歳)	
	③ 被保険者の 氏名	(7) フリガナ	ケンポ タロウ		④ 被保険者の 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話 000(000)0000			
	⑤ 事業所の名称 (会社名)	株式会社〇〇〇〇				⑥ 所属部署	総務部		
	⑦ 申請が被扶養 者に関する ときはその者の	(7) 氏名	被保険者との続柄( )			(4) 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日( 歳)		
	⑧ 傷病名	椎間板ヘルニア				⑨ 発病又は 負傷の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合は : 時頃)		
	⑩ 発病又は負 傷の原因及び その経過	腰に痛みがあり病院に行った。				⑪ 第三者の行為によるものですか	はい ・ いいえ		
	⑫ 診療を受けた 病院等	(7) 名称	〇〇〇〇病院 医師の氏名( 〇〇 〇〇 )			(4) 所在地	〒222-2222 〇〇県〇〇市〇〇町2		
⑬ 診療の期間	自	〇年〇月〇日	〇	日間	⑮ 入院・入院外	⑯ 領収証の金額	〇〇〇〇〇 円		
⑭ 装具装着日	〇年〇月〇日								
⑰ 診療の内容	コルセット装着								

⑱ 振 込 先	〇〇 銀行	受 取 人	預 金 種 目	1. 普通	フリ ガ ナ	ケンポ タロウ
	〇〇支 店		口 座 番 号	0 0 0 0 0 0 0 0	口 座 名 義	健保 太郎

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

⑲ 委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日
	住所 〒		
	被保険者の 氏名		
代理人の 氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人と の関係	
代理人の 住所	〒	電話 ( )	

受付日付印

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入して下さい。同一筆跡は不可といたします。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。