

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

ページ



コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (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。		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)		

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有 (添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入有 (添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無 (添付あり)				
添付書類	領収書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備	購入金額	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円	
	医師意見書等	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備	装着指示日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付	
申請内容	装具種類	<input type="checkbox"/> 1. コルセット等 2. 眼鏡等(弱視) 3. 眼鏡等(弱視以外) 4. 弾性着衣 5. 靴型装具	弱視用眼鏡	<input type="checkbox"/> 1. 掛け眼鏡式 2. 掛け眼鏡式(高倍率) 3. 焦点調整式	
	弾性着衣種類	<input type="checkbox"/> 1. ストッキング(両足) 2. ストッキング(片足) 3. スリーブ 4. グローブ 5. 包帯(上肢) 6. 包帯(下肢)	弾性着衣対象病名	<input type="checkbox"/> 1. リンパ浮腫治療 2. 難治性潰瘍治療	
6 6 1 1 1 2 0 1		その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	枚数	<input type="text"/> <input type="text"/>

受付日付印

(2022.10)

