

**Ⅲ 治療用装具**

**健康保険 本人療養費 一部負担還元金 支給申請書**  
**家族療養費付加金**

○字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して③欄の印を押し、その

① 健康保険証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者氏名 (請求者) 生年月日	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日	③
④ 被保険者 (請求者) の現住所	〒		日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -	
⑤ 勤務先会社名				
⑥ 家族が療養を受けた場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
⑨ 診療を受けた病院等の	名称			所在地
⑩ 診療の内容			⑪ 診療に要した費用の額	円
⑬ 発病の原因及びその経過			⑭ 装具装着日	平・令 年 月 日
⑮ 診療を受けた期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間		入院の場合、入院期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間	
⑯ 業務上または通勤途上によるものですか	はい ・ いいえ		⑰ 他人の行為によるものですか ※	はい ・ いいえ
⑱ 療養費を支給申請する理由 (該当する番号に○)	1. 治療用装具を購入、装着したため 2. 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため 3. 術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したため 4. その他 ( )			

※⑰で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病届」をご提出いただく場合があります。

の 在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。  
 上 支払金融機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。  
 に 退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関  
 正 を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

保 険 給 付 金 受 取 先	委任状	私は下記の者に療養費の受領を委任します。 令和 年 月 日	
		被保険者 (請求者) 住所 氏名	(③欄と同一印) ㊞
		(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)	
		代理人 住所 氏名	
	支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店
		預金種別	普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
		口座名義	

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。  
 マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。