両面印刷

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等（右づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ） 印		自署の場合は押印を省略可 押印はシャチハタ以外
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	入ください。	
口座名義		口座名義の区分 □ 1．申請者 2．代理人

給与口座へ振込みのため記入不要です
マイナポータルなどで事前登録した公金受取口座利用をご希望の場合は、健保組合へご連絡ください

「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）	住所 ） （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印 印	委任者と代理人との関係

記入不要

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者等記号番号に代えてﾏｲﾅﾝﾊﾞｰにより申請する場合のみ記入ください。ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰを記載した場合は簡易書留にて郵送ください。（社内便普通郵便不可）

健保組合使用欄

支給額 円

資格取得 S H R 年 月 日
認 定 S H R 年 月 日
支給履歴 □ なし
□ 前回 H R 年 月 日 購入
購入日・診療年月・採寸日ｴﾝﾄﾘ □

受付日付印

（R6.12）

日本精機健康保険組合

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 受診者	□ 1. 被保険者　2. 家族	続柄	
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和　□ 平成　□令和　年　月　日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	□平成　□令和　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1病気　2ケガ	（病気の場合は原因および経過、ケガの場合は、いつどこで、何をしていてどうなったかを詳細ご記入ください）	
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
	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	年　月　日 まで	日数　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 から	年　月　日 まで	日数　日
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
9 療養に要した費用の額	円		
10 診療の内容			
11 療養費の支給申請の理由	5　5. 治療用装具を作成したため		

※ 医師の証明書および領収証原本を添付の上、健康保険組合へ送付ください。

・靴型装具の場合は、実際に装着した現物写真もあわせて添付ください。

・自治体医療費助成を受ける場合は、医師証明書・領収証コピーを取り、後日、健保組合からの給付金決定通知と合わせて自治体に申請ください。

日本精機健康保険組合