

ご記入事項を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

TEL	〇〇〇	-	△△△	-	×××××	□□□□
-----	-----	---	-----	---	------------------	------

- ① 家族（被扶養者）が治療用装具を作成した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
記号・番号は、保険証等に記載されています。
- ② 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所・振込口座も同様です。）
※生年月日欄は、「被保険者」の生年月日をご記入ください。
- ③ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号をご記入ください。
- ④ 治療用装具を装着した日をご記入ください。
〈例〉 コルセットの場合：「装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日
「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合：記入の必要なし
- ⑤ 装具の装着について指示を受けた日をご記入ください。
〈例〉 弾性着衣の場合：「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
小児弱視等にかかる眼鏡等の場合：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日
コルセットの場合：記入の必要なし
- ⑥ 領収書に記載されている金額をご記入ください。

漏れなく正確にご記入ください

健康保険被保険者家族療養費支給申請書

(治療用装具)
(治療用眼鏡)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者の	記号 1 2 3	番号 3 0	生年月日 昭和 6 1 1 0 2 2 日 平成	
	氏名	(フリガナ) ケンホ タロウ 健保 太郎			
	住 所	〒 524-0104 滋賀県守山市木浜町 2298-1			
	電話番号	日中の 連絡先 TEL 077 - 585 - 4838 携帯 勤務先 自宅			

振込先指定口座	金融機関 名称	0 0 0 銀行 金庫 0 0 0 信組 農協		支店 本店 代理店 出張所 支所
	預金種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	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) ケンホ タロウ		口座名義 の区分 申請者 代理人

「代理人」の場合は必ず記入してください。

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 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 - - 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人 との関係

「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が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.12)

組合使用欄	支給決定伺	資格 取得	昭和 平成 令和	年	月	日	支給額	万	千	百	拾	円
伺		資格 喪失	令和	年	月	日						
		扶養 認定	昭和 平成 令和	年	月	日	眼鏡 初回 更新	眼鏡装着日・領収日 令和 年 月 日 更新 (前回 年 月 日)				
		装具	装具装着日・領収日 令和 年 月 日									

滋賀県自動車健康保険組合

健康保険被保険者療養費支給申請書

(治療用装具)

(治療用眼鏡)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保太郎

申請内容

1 受診者

被保険者

家族(被扶養者)

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

右膝関節靱帯損傷

3 発病または
負傷年月日

平成

令和

年

月

日

0

6

1

0

0

3

4 発病の原因
および経過
(詳しく)

病気

ケガ

発病時の状況

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

〇〇総合病院

滋賀県〇〇市〇〇

〇〇 〇〇

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた
期間

平成

令和

年

月

日

0

6

1

0

0

3

から

年

月

日

0

6

1

0

0

3

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

平成

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

平成

令和

年

月

日

0

6

1

0

0

3

8 装具
装着日

平成

令和

年

月

日

0

6

1

0

0

4

9 療養に要した
費用の額

¥

万

千

百

拾

円

2

5

0

0

0

0

10 診療の内容

右膝用装具の装着

11 療養費の支給
申請の理由

治療用装具を作成したため



治療用眼鏡を作成したため