

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。

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2. 平成 3. 令和
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名	<input type="text"/>			※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)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

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。)

2ページ目に続きます

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

(健保記入欄)	支給決定欄				常務理事	事務長
	支給開始日	年	月	日	回数	日
	支給期間	年	月	日から		
	支給決定額	円			担当	担当
備考(円金調整額等)				日数	日	

受付日付印

(20241202)

