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

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号	番号	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
氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
住所	（〒　－　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

委任状

☑ 事業主 委任払いを利用する。（利用する場合は☑のうえ、下記の欄を記入。）

被保険者氏名	印 ※被保険者本人が署名した場合は押印は不要です。		
代理人	事業主	住所	（〒　－　）
事業主代表者名	印		

振込先指定口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

支給決定額	円

受付日付印

回覧印	常務理事	事務長	担　当

サノヤス健康保険組合

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（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	3 発病または負傷年月日　令和　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1. 病気（原因および経過） 2. ケガ ➡ 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 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	