

健康保険組合 使用欄	支給支払決議書													
	受付年月日	令和	年	月	日	資格取得 年月日	昭平令	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	
	同年月日	令和	年	月	日									
	決裁年月日	令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日				
	支払年月日	令和	年	月	日									
	支給決定額	円					経理科目 (選択)	・療養費 ・第2家族療養費						

健康保険 被保険者 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 (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和			
				☐ 平成			
				☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)					
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 ☒)							

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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
	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	☐ 1. 普通 2. 当座	口座番号				左づめでご記入ください。
	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。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					口座名義 の区分
						☐ 1. 申請者 2. 代理人	

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

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 ()					委任者と 代理人との 関係			
		住所 (フリガナ)								
		氏名								

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



栃木トヨペットグループ健康保険組合

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 治療用装具の額

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