

健康保険

☐ 被保険者
☒ 家族

療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

1ページ

【被保険者（申請者）記入用】【表】

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号 2700 番号 1234	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 59 年 6 月 13 日 在職者は必ずチェックをして事業所 担当部署経由で申請してください。
	氏 名	(フリガナ) ノウキョウ タロウ 農協 太郎	提出委任	☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
	住 所	〒 123 - 4567 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号 〇〇〇〇マンション〇〇号室		
	事業所名称	〇〇〇〇農業協同組合	電話番号 (日中の連絡先)	077 (123) 〇〇〇〇
	所属部署	〇〇〇〇支店 共済課	仕事の内容 (詳しく)	ライフアドバイザーとしてJA共済の推進業務

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ご記入ください) 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	〇〇〇〇			☒ 農協 ☐ 信連 ☐ 〇〇〇〇	☒ 支店 ☐ 本店 ☐ 出張所				
	種 別 (いずれかに○)	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 (右づめで記入)	0 0 1 2 3 4 5	右づめで7桁の番号					
	口座名義 (カタカナで記入)	ノウキョウ タロウ								

被保険者等の記号・番号が不明な場合は、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の添付が必要です。)

→ * * * * * * * * * * * *

同意書

健康保険法に基づく受診者(被保険者又は被扶養者)に対する保険給付に関する調査のため、貴職が必要とする事項(受診者(被保険者又は被扶養者)の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関・保険者等に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意します。また、照会・依頼を行うに当たり、貴職が当該機関に対して必要な範囲で説明を行うことについて了知します。

なお、本書の写しも有効とします。

令和 6 年 7 月 10 日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

住所 : 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号
〇〇〇〇マンション〇〇号室

受診者(氏名) : 農協 健一郎

法定代理人(氏名)
(未成年等の場合) : 農協 太郎

被保険者(申請者)記入用は2ページ【裏】に続きます

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（治療用装具）

【被保険者（申請者）記入用】【裏】

被保険者氏名		農協 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、その氏名と生年月日	氏名	農協 健一郎				生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 27 年 7 月 10 日 ☐ 令和					
	2.傷病名	1) 両外反扁平足					2-① 発病又は負傷年月日	令和 4 年 3 月 ごろ 日					
	複数の傷病名があるときは複数の傷病名をご記入ください。												
	令和 4 年 月 ごろ												
	必ず詳細を記入、病気であっても発症時又は傷病が判明した状況やその後の経過の詳細をご記入ください。												
	(いつ、どこで、何をしていますとき) 自宅で、普段の生活をしているとき												
	(いつ、どこで、なにをしているとき。その後の経過等、わかる範囲で詳しくご記入ください) (経過の詳細) だんだん両足に痛みを覚え、令和4年5月に〇〇〇〇整形外科を受診したら、両外反扁平足と診断された。その後、通院治療していたが、令和6年5月10日の受診時に装具装着治療の開始となり装具を作成し、令和6年6月10日に装具を装着した。												
	4.診療を受けた医療機関等	名称	〇〇〇〇整形外科				住所	滋賀県大津市〇〇〇〇3丁目2番1号				診療した医師等の氏名	健康 一郎
	健康保険を使わず診療を受けた日をご記入ください。												
5.診療を受けた期間	令和 4 年 3 月 17 日 から 817 日間 令和 5 年 6 月 10 日 まで												
5-① 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 日間 令和 年 月 日 まで												
医師の装着指示書が作成された日をご記入ください。													
6.装具等の装着について指示を受けた日	令和 6 年 5 月 10 日												
7.装具装着日	令和 6 年 6 月 10 日												
8.療養に要した費用の額	1 5 3 , 2 0 0 円												
実際に装着した日を記入してください。装着証明書又は領収書の日付と異なる場合は納品書（写）等装着日がわかる書類をご提出ください。													
9.診療の内容	両足の足底装具の装着												

治療用装具 写真貼付用紙

被保険者 記号 番号

被保険者氏名 被扶養者氏名

(前)	(後)
(左)	(右)

※前、後、右、左から撮影したもの（4点）で、実際に装着が確認できるもの。（スマートフォンで撮影し、カラーコピーしたもので可）

※既製品の場合は写真に追加して、製品名及び機能がわかるカタログ（カラー）（写）又は取扱説明書（写）等を添付してください。

※小児治療用眼鏡、弾性着衣等は写真の添付は不要です。