支給額		拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年 月 日
									喪失	年 月 日
支給内訳	法定								請求	査定
								合計		
	付加							一部負担		

1 2

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（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

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

振込先指定口座

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 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
ゆうちょ記号-番号	ー ー		
口座名義 ※必ず記入ください。	▼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

□ 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☑）

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。

「2」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・印 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）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	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。〉〉〉

（R4.10）

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

ビックカメラ健康保険組合

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	
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

記入例　1／2

提出先：健康保険組合

※黒ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンでの記入は受け付けません。）

必要添付書類
- 領収書原本（フルネームが入っているもの）
- 医師の装具作成指示書（証明書・内訳書・検査数値等を含む）
- ※靴型装具作成の場合は写真が必要（専用台紙に貼付して提出）

健康保険組合記入欄

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等（右づめ）	記号 ●●●	番号 ●●●●●	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 6 0 0 4 1 8 年 月 日
氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子		
住所	（〒 ●●● － ●●●● ）■■ 都 道 府 県 ■■市△△●－●●－●●		
電話番号（日中の連絡先）	TEL ●● （ ●●●● ）●●●●		

振込先は「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座

金融機関名称	ゆうちょ　（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　1．普通　3．別段	口座番号 ●●●●●●●　左づめでご記入ください。
記号－番号	●●●●●－●●●●●●●●●	
口座名義※必ず記入ください。	▼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。） ケンポ゜　タロウ	口座名義の区分　1　1．申請者　2．代理人

ゆうちょ銀行の場合は、「記号」・「番号」をご記入ください。

口座名義（カタカナ）を必ずご記入ください。

□ 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☑）

注）口座名義人本人以外の口座を利用できません。

マイナポータルで登録した公金利用口座を使う場合のみチェックを入れてください。

「2」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・印　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・印 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。〉〉〉

（R4.10）

被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です）	記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。
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 2／2

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	健 保 花 子

申請内容

1 受診者	2	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	健 保 太 朗	生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 28 年 6 月 26 日
2 傷病名	側弯症		3 発病または負傷年月日	平成 28 年 6 月 26 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	1	1. 病気	（原因および経過）生まれつきで、生後から定期的に通院をしている。今回医師より治療として装具作成の指示があり、足の装具を作成してもらった。	
		2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください	「2、ケガ」の場合は別途用紙の記入が必要です。健康保険組合にご連絡ください。	
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	
	●●●●病院	■■県■■市●－●●－●●	保 健 太 一	
	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） 年 月 日 28 07 26 から	年 月 日 28 08 03 まで	日数	2 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	（平成） 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） 年 月 日 28 07 26	8 装具装着日	（平成） 年 月 日 28 08 02	
9 療養に要した費用の額	●●,●●● 円			
10 診療の内容	診察 、 装具作成の証明			
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		