

**B 健康保険 被保険者(本人) 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具)**

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号		② ご自身の事業 所の名称と所在 地	TEL ( )		
		番号					
	③ 傷病名				④ 発病又は負傷 の年月日 (負傷の場合は時頃)	年 月 日	
	⑤ 発病又は 負傷の原因						
	⑥ 第三者の行為によって 負傷したものであるか否か	ある・ない	⑦ 第三者の行為に よって負傷したときは	その事実の 届出の有無	ある・ない		
	⑧ 診療を受けた 病院等の	名称					
		住所					
	⑨ 診療の内容				⑩ 診療に要した 費用の額	金	円也
	⑪ 診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	左の期間のうち入院期間 年 月 日 年 月 日 日間			
	⑫ 療養の給付を 受けたが きなかつた理由	記入上の注意 2			(装着年月日 年 月 日)		
	⑬ 申請が家族に關 するときはその者の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄	
	上記のとおり申請いたします。 年 月 日 住所 〒 - 被保険者(本人) TEL ( ) 氏名 税務会計監査事務所健康保険組合理事長殿 印						

<b>支払希望の銀行又は信用金庫 普通預金指定</b>					受付日付印	
銀行 金庫	銀行コード		支店	支店コード		
	■	■		■	■	
普通預金	口座番号 (右詰で7桁記入してください)		■	■	■	■
口座名義人 (被保険者)	フリガナ					

**【添付書類】**

- 1.領収証(原本)
- 2.医師の意見書・装着指示書・作成指示書等(原本)

※原本は返却できませんので、自治体等への申請で必要な場合には事前にコピーをお取りください。