

記入見本

支給額 ￥

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具・立替払等)

1 2
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
	被保険者証の (右づめ)	XX	9999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和		
	氏名・印	(フリガナ) アコム タロウ	阿込 太郎	<input type="checkbox"/> 平成	XXXXXXXX	<input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 123 - 4567)	〇〇 〇〇市〇〇1-2-3	自署・押印してください。		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX					

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. その他 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
				<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

在職者は記入不要 (給与口座振込)
退職者は希望する本人口座を記入してください。

取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

備考欄

社会保険労務士
提出代行者名記載
(アコム社員の方へ)
マイナンバーは絶対に記載しないでください。
被保険者の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。

(01.5)
受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 (治療用装具・立替払等)

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 阿込 太郎

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

XX 年 XX 月 XX 日

2 傷病名

腰椎椎間板ヘルニア

3 発病または
負傷年月日

平成
令和 XX 年 XX 月 XX 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)

腰痛出現し、しばらく様子を見ていたが痛みが強くなり、
足のしびれも現れ歩けなくなった。
検査にて腰椎椎間板ヘルニアと診断された。

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

◇◇◇病院

○県○市○○999

○○医師

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

X X X X X X

(令和) 年 月 日

X X X X X X

から

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

X X X X X X

(令和) 年 月 日

X X X X X X

から

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

X X X X X X

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

X X X X X X

9 療養に要した費用の額

〇〇万 円

10 診療の内容

コルセット着用し、椎間板への負担軽減を図る

11 療養費の支給申請の理由

4

- 入社して間もなく、被保険者書証が届いていなかったため
- 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
- 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため
- 治療用装具を作成したため
- その他

(理由)