

支給決議書	伺年月日		令和 年 月 日				常務理事	事務長	経理	扱者							
	支給年月日		令和 年 月 日														
	支給額		百万	拾万	万	千	百	拾	円								
	支給内訳	法定	款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年	月	日
付加		款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	喪失		年	月	日	年

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  
被扶養者

令和 年 月 日提出

(1/2)

被保険者(申請者)情報	健康保険証		事業所名称	業務の種類・内容 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	昭和 平成 令和 年 月 日
	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒 都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	( )				

振込先指定口座	金融機関名称 <small>※金融機関種別に○で囲んでください</small>	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 <small>※支店種別を○で囲んでください</small>	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

被保険者(申請者)・事業主記入用になります

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、発病の原因及び経過(詳しく)	1、病気 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	診療した医師の氏名		
		名称	所在地	診療した医師の氏名		
	6、診療を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 迄			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 ~ 令和 年 月 日 迄			日数	日
	7、装具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					
	10、診療の内容					
11、療養費支給申請の理由	装具を作成したため					

受付日付印
-------



支給決議書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	専務長	経理	役員
	支給年月日	令和 年 月 日				
	支給額	万円 千円 百円 十円 円 角 分				
支給内訳	法定		資格	取得 年月日	扶養認定日	年月日
	付加		喪失	年月日	年月日	

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  
令和〇年〇月〇日提出 (1/2)

被保険者(申請者)情報	健康保険証		事業所名称	③ (株)学研□□	業務の種類・内容 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	事務職
	記号	番号				
	② 123	4567				
	氏名	④ 学研 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇月 〇日	
	住所	〒123-4567	都道府県	△△区	〇〇1-2-3-1123	
電話番号 (日中の連絡先)	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇					
						090-1234-5678

振込先指定口座	⑤ 金融機関名称	□□△△	銀行	金融機関記号	123
	支店名称	〇〇〇	信用金庫 信用組合	支店 出張所	456
	預金種別	普通預金		口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義(カナ)	学研 太郎 ( ガクケン タロウ )			

被保険者(申請者)・事業主記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

R4.1更新 学研健康保険組合

① 被保険者:本人  
被扶養者:家族 } いずれか申請対象を ○で囲んでください

② 保険証に記載されている記号・番号を記入してください

③ 被保険者が所属する会社名を記入してください  
(出向中の方は原籍を記入してください)

④ 被保険者氏名・生年月日を記入してください

\* 被保険者が亡くなられてご遺族の方が申請される場合は、被保険者名の横に、申請される方(法定相続人)の氏名をかっこ書きで記入してください。  
生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。  
また、法定相続人が申請される場合は、別途書類が必要です。  
詳しくはお問い合わせください。

⑤ 申請者名義の口座を記入してください  
ゆうちょ銀行を希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と口座番号を記入してください

被保険者氏名 健保 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
	2. 傷病名	⑥ 骨折	3. 発病または負傷年月日	令和 ○年○月○日
	4. 発病の原因及び経過(詳しく)	1. 病気 2. ケガ → 負傷原因欄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	診療した医師の氏名
		〇〇病院	品川区△△〇〇	〇〇〇医師
	6. 診療を受けた期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日迄	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 ~ 令和 年 月 日迄	日数
	7. 装具の装着について指示を受けた日	⑦ 令和 ○年 ○月 ○日	8. 装具装着日	⑧ 令和 ○年 ○月 ○日
	9. 療養に要した費用の額	⑨ ¥〇〇,〇〇〇		
	10. 診療の内容	レントゲン検査他		
11. 療養費支給申請の理由	装具を作成したため			

受付日付印

⑥ ケガによる申請の場合は、負傷原因届が必要です。交通事故の場合は、別途書類が必要となります。詳しくはご相談ください

⑦ 指示書に記載された、装着指示があった日または作成指示があった日を記入してください

⑧ 装具装着証明書に記載された、装具を装着した日を記入してください。

⑨ 領収書の金額を記入してください