

支給額	円
-----	---

健康保険組合使用欄		
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)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	—	番号	生年月日	年	月	日	
	氏名	(フリガナ)				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	(〒	—)	都	道	府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)									

振込先指定口座	金融機関名称	銀行	金庫	信組	本店	支店	出張所	本所	支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	3. 別段	2. 当座	4. 通知	口座番号	左つ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

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

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		
	代理人(口座名義人)	住所	(〒	—)	TEL	()	委任者と代理人との関係
	氏名	(フリガナ)							

2ページに続きます。>>>

受付日付印
