

入力例

(社員である被保険者の娘さん(被扶養者)が、右足を骨折し治療用補装具を作成された場合)

注)1、2のいずれかを選択
▶被保険者(本人)が対象の場合→1
▶被扶養者(家族)が対象の場合→2

注)以下より、ご自身の記号・番号・資格取得年月日を確認できます

・資格情報のお知らせ
・マイナポータル

注)発病又は負傷年月日が不明の場合
一月日(年月日)は未入力でも可

注)以下記入例を参照のこと
▶転倒の場合
→具体的な状況を記入
【記入例】
・歩行中、縁石に躓いたため
・駅の階段で足を踏み外し転倒

▶学校管理下の場合(高校生以下で、且つ部活動・課外活動等「学校の管理下」に起因する場合)
→その状況を記入
【記入例】
・体育の授業のマラソンで、躓いて転倒したため
・野球部の部活動中、打球で突き指したため

▶原因不明の場合
→“不明”と記入

注)療養の給付を受けられなかった理由は、フィルタより選択。

注)申請対象者が被扶養者(2)の場合
→被扶養者(家族)情報も記入

注)該当する振込方法を以下から選択
▶在籍社員の場合
→上段に◎
▶任継・特例の場合
→中段に◎
▶まもなく会社を退職の場合
→下段に◎

注)〒、被保険者の住所、氏名、電話番号、メールアドレスを入力

注)まもなく退職される社員の
み、口座情報を記入が必要

この記入例は、「健保マイページ」にて電子申請される場合の説明です。健保マイページの「申請書」をご確認ください。

備考					
2	1.被保険者 2.家族	療養費 家族療養費付加金	支給申請書		
被保険者等 記号・番号	記号 117 番号 111111	治療用装具/治療用眼鏡/弾性着衣等を作成・購入された場合			
資格取得 年月日	平成30年12月1日	医師の装具等 装着指示日	令和7年11月30日		
資格喪失 年月日	令和 年 月 日	領収書の 発行日	令和7年12月3日		
発病又は 負傷年月日	令和7年11月11日	領収書の 金額	45,600	円	
傷病名	右足関節外果骨折				
傷病原因	大学のバレーボールサークルの活動中の怪我				
療養の給付 を受けられ なかった理由	保険医の指示により治療用装具を作成したため (特記事項:				
労働災害、あるいは通 動災害によるものですか	2	1:該当 2:非該当	←該当する場合、健保から詳細確認の連絡をさせていただきます		
第三者行為(交通事故 やケンカ等)によるもの ですか	2	1:該当 2:非該当	←該当する場合、別途、第三者行為による傷病届のご提出が必要です。		
①、②の 申請対象者	2	1:被保険者 2:被扶養者	←被扶養者(家族)の場合、以下欄の氏名・生年月日等をご記入ください		
被扶養者の氏名 生年月日・続柄	氏名 豊洲 桃子	生年月日 平成17年12月31日19歳	続柄 長女		
上記のとおり申請します。また、私は、BIPROGY健康保険組合がこの給付決定の調 私の受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、医療機関、事業所等に照会する					
注)健保へ提出する日を記入 令和8年5月20日					
BIPROGY健康保険組合 御中					
☒ 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ☐ 本請求に基づく給付金は、健保組合に届け出ている登録口座への振込を希望します。 ☐ 本請求に基づく給付金は、以下振込希望口座への振込を希望します。					
被保険者 〒 777-7777					
住所 東京都新宿区新宿9-9-9					
氏名 豊洲 太郎					
電話 090-3333-4444					
メールアドレス AAAABBBB@gmail.com					
振込希望口座 銀行 支店 (選択) NO.					

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)