

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書(治療用装具)

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)	被保険者等	記号		番号			
	(2)	被保険者	氏名		(3)	被保険者が勤務する(していた)部署、支社、関連会社の名称		
			生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)				
	(4)	療養を受けた方	氏名		(5)	被保険者との続柄		
			生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)				
	(6)	傷病名				(7)	発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日
	(8)	発病又は負傷の原因	☐ 業務外・病気 ☐ 業務上 ☐ 出社・退社途上 ☐ 第三者行為 ☐ その他 ※左記についてチェック☑してください *詳しく記入してください					
	(9)	傷病の経過						
	(10)	医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称		(11)	所在地及び電話番号	〒	
			氏名				TEL ()	
	(12)	診療内容				入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
						コルセット装着日	令和 年 月 日	
	(13)	診療期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ☐ 治療中	日間	(14)	治療用装具の費用の額	円	
	(15)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。					
			金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)	
					普通			
(16) 上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 年 月 日 千 住所 被保険者 フリガナ 氏名(自署)								

添 付 書 類	☐ 医師の治療用装具製作指示装着証明書(原本)
	☐ 装具購入時の領収書(原本) ※領収書に内訳の記載がない場合、明細書や見積書を添付 ※領収書の発行日は、医師の装着証明書の日付と同日かそれ以降のものがが必要です。
	☐ 購入した装具の写真 (足底装具の場合は、裏表、側面の3枚が必要です)
	☐ 同意書(療養費)
	☐ 装具作製確認書

受付日付印