

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 こ ろ	(1) 被保険者証	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・令 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	<input type="checkbox"/> 業務外・病気 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 出社・退社途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 ※左記についてチェック☑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 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	
				コルセット装着日	平・令 年 月 日	
	(13) 診療期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間	(14) 治療用装具の費用の額	円	
	(15) 申請理由	治療用装具を作製したため				
	(16) 第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名			
			加害者の住所			
	(17) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。			
		退職者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。			
金融機関名称			本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)
			普通			
(18) うえのとおり申請します。	令和 年 月 日		TEL ( )			
	〒		住所			
	被保険者の フリガナ 氏名					

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師の治療用装具製作指示装着証明書(原本)
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 同意書(療養費)
	<input type="checkbox"/> 装具製作確認書
	※医師の診断書と領収書の発行日は、同日または診断書が先の日付 のものです。

受 付 日 付 印