

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	<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 <input type="checkbox"/> 治療中		(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) 上記のとおり申請します。	令和 年 月 日		TEL ()			
	〒		被保険者の住所			
	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 ※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。
	<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"/> 装具作製確認書

受付日付印

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。