

療養費支給申請書(装具用)

- 添付書類 1. 領収書、料金の明細書
 ※必要に応じて添付 2. 意見および装具装着証明書
 3. 弱視等治療用眼鏡等作成指示書
 4. 弾性着衣等 装着指示書
 5. 靴型装具の写真(インソールは除く)
 原本提出 6. 傷病の原因届(骨折、損傷等けがの時)
 7. その他、健康保険組合が指定したもの

※記入、または☑をしてください

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証	記号	番号	
	申請者(被保険者) ※「申請者」は健康保険の被保険者となります。	氏名	(フリガナ)	
		住所	〒	
		生年月日	平日の日中に連絡が取れる電話番号 () ☐昭和 ☐平成 年 月 日	
	事業所(会社)の名称	内線	従業員番号	
	被扶養者の申請の時 ※受診者(診療を受けた人)が申請者と同一の場合記入不要	氏名	(フリガナ)	続柄
		生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	
	傷病名	発病又は負傷年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	
	装具作成日(領収日)	令和 年 月 日	装具の種類	
	装具に要した費用の額	円 ※領収書に記載されている金額を記入		
療養を受けた病院等	名称	医師の氏名		
	所在地 電話	〒 電話番号 ()		
振込先の確認	現在の状況について☑をしてください <input type="checkbox"/> 1. 在職中→ <input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します <input type="checkbox"/> 2. 任意継続被保険者→ 当健保に届出済の口座へ振込 <input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日退職(喪失) または 退職(喪失) 予定 →下記振込口座欄にご記入ください			

振込先の確認欄において「3」に該当する方、または1ヵ月以内に退職(喪失)予定の方は右欄に被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください	銀行 金庫 信組				店・本店 支店・出張所
	預金種別	普通	口座番号	口座名義	カタカナ

健保使用欄(備考欄)	支払日付印	受付日付印
	健保処理日	