

どちらかに✓を付けてください。

記号・番号は、右づめで記入してください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)
 家族

枝番は不要です。

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右づめ)	記号	8 8 8	番号	8 8 8 8 8	生年月日	年	月	日			
	氏名	(フリガナ) タイヘイ ヨウタロウ	太平 洋太郎			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	2	0	5	0	5
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××)	北海 都 函館市〇〇町××-××-××									
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0138 (〇〇) ××××	日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。									
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します												

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族		
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	太平 湖	
	2 傷病名	両足偏平足	3 発病または 負傷年月日	
	4 発病の原因および経過 (装具等を作るきっかけ)	1 病 気 2 ケ ガ	(原因および経過) 歩いていて足が痛いので、病院に行き、現在も治療中です	
	5 診療を受けた医療機関等の 5-① 名称住所診療した医師等の氏名	〇〇整形外科医院	住所	函館市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇
	5-② 装具制作会社の名称・住所			
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日
	6-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日(意見書の日)	(令和) 年 月 日	8 装具装着日 (領収書の日)	(令和) 年 月 日
	9 装具費用に要した費用の額	28,560		
	10 診療の内容またはその経過	装具の装着		
11 療養費の支給申請の理由	5 5. 治療用装具・眼鏡・弾性着衣(ストッキング等)を作成したため			

原因とその後の経過を記入してください。

靴型装具の場合は、医師の意見書(原本)、装具会社の領収書(原本)の他に装具の写真添付が必要です。写真は、別紙『治療用装具写真貼付台紙』に貼付けて提出してください。

事業主が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた療養費及び同付加金の受領は貴組合との間で定められている所定の方法で受領いたします。			令和	年	月	日
	受任者	事業所	所在地	事業主証明			
	名称	氏名	電話				
							担当者名

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

○添付書類
 ・医師の意見書(原本)
 ・装具会社/眼鏡屋等の領収書(原本)
 ・靴型装具に係る支給申請の場合のみ、装具の写真

【健保使用欄】

支給・支払決議書	同年月日		令和 年 月 日				
	支払額	百万 十万 万 千 百 十 円					
	内訳	法定					
		付加					
	装具装着(領収書)日		年 月 日				
	計算式		円×7割・8割 / 個人負担 円				
資格	得	年 月 日	備考				
	喪	年 月 日					

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.