

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)		都道 府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
<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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族
	1-① 家族の場合はその方の	氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)
	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	名称 住所 診療した医師等の氏名
	5-② 装具制作会社の名称・住所	名称 住所
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 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 まで 日数 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 療養に要した費用の額	円
10 診療の内容		
11 療養費の支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 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	

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 名称 氏名	担当者名
	電話 ()	

・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、装具を装着している写真

【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 喪 年 月 日 備考

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.