

支給額	円	支払年月日	令 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)
家 族

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー			
	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	住所	(〒 -)	TEL	() -		

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	銀行	金庫	信組	本店	支店
	農協	漁協	出張所		
普通	口座番号	口座名義			

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者) → 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	
	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 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。				
	5 診療を受けた医療機関の	名称	所在地	診療した医師等の氏名		
		名称	所在地	診療した医師等の氏名		
	6 診療を受けた期間	(令和)年 月 日	から	(令和)年 月 日	まで	日数 日
	6-① 上記期間に入院していた場合はその期間	(令和)年 月 日	から	(令和)年 月 日	まで	日数 日
	7 医師から装具等の装着について指示を受けた日	(令和)年 月 日	8 装具装着日	(令和)年 月 日	9 療養に要した費用の額	円
	10 診療の内容					

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

委任状	給付金の受領を上記事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名(自署)	

※任意継続被保険者は記入しないでください。

受付日付印

添付書類

※ご提出いただいた原本は返却できません。

装具の種類	添付書類 1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類 2 (共通)	添付書類 3
治療用装具	装具作製（装着）指示書（原本） または意見書、証明書等（原本）	領収書の原本 患者名、装具の名称、種類、 内訳別の費用額、領収日が記載 されているもの ※別紙で明細書が出ている場合は、 明細書も添付してください。	靴型装具の写真 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書（原本）		—
小児弱視等の 治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書（原本） または疾病名、治療を必要とする症状、 および視力検査の結果、 医師の氏名・印のある処方箋		—