

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	リーダー	担当	公費
	支給額						
	支給内訳	法定		資格取得	昭・平・令 年 月 日		履歴
		付加		資格喪失	平・令 年 月 日		
	備考			支給期間			

被保険者 療養費支給申請書 <治療用装具用>  
 家族

注意事項

(ウ) 原則として、耐用年数（使用年数）内に1回に限り支給となります。

(イ) 装具業者交付の「領収書」の本紙を添付して下さい。また、領収書の他に明細書がある場合、明細書の本紙も添付して下さい。

(ア) コルセット等の装具の装着が治療のため必要とする旨の、「担当医の証明書」の本紙を添付下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 11 番号 12345	被保険者(社員) の氏名と印	健保 一郎 生年月日 昭・平・令 35年 12月 12日	(健保)	
	被保険者の 現住所	〒123-1234 東京都大田区羽田1-2-3		TEL 03 (1234) 1111		
	事業所名 (所属)	(株) 日航〇〇		TEL 03 (5678) 2222	(総務課)	
	傷病名	両変形性膝関節症		発病または 負傷年月日	平成30年12月頃	
	発病または 負傷原因	不詳				
	診療を受けた 病院等の	名称	〇〇整形外科		医師氏名	〇〇××
		所在地	〇〇市△△1-1			
	診療の内容	治療用装具の作製及び装着		金額	¥ 23,259-	
	治療用装具 の 作製日	平成(令和)1年 5月 1日		入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	入院の場合入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	療養の給付を 受けることが できなかった理由	補装具製作所で保険契約なき為				
第三者行為に よって負傷 したもので あるか否か	ある	その事実の届出の有無		ある・ない		
	ない	第三者行為によって 負傷したときは		第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		
申請が被扶養者 (家族)に関する ときはその者の	氏名			令和 年 月 日提出		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		..... 受付日付印		
	続柄					
委任状	本請求により支給される療養費等の受領に関することを下記の者に委任します					
	所在地 事業所名称 事業主名称	事業主証明印を、事業所健保窓口にて、押印いただき下さい。 (印)			特例退職（保険証の記号30）及び、任意継続（保険証の記号19）の方は記入不要。	
	委任者氏名	被保険者の署名・捺印が必要です。(印)				