

支給額	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 健保使用欄 記入しないでください </div>
-----	---

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号 — 番号	生年月日	年 月 日	
		〇〇 — 〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 昭和	2 年 12 月 30 日	
	氏名	(フリガナ) オオサキ ケンタロウ	記号・番号は 保険証に記載されています		
	住所	(〒 141 — 0000)	東京 品川区〇〇〇 1-〇〇-〇〇	〇〇マンション 707	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	社員の方は記入不要です 任意継続の方は必ずご記入ください		
	口座名義	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人		

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	(〒 —) TEL ()	委任者と代理人との関係	
		住所 (フリガナ)	氏名	

2ページに続きます。>>>

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者氏名 **大崎 健太郎**

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 家族 (被扶養者)	
	1 - ①家族の場合はその方の氏名	氏名 大崎 健太郎	発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	腰椎圧迫骨折	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)	1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ (原因および経過) 自宅で階段を下りているときに踏み外し、転落したため	
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 〇×整形外科医院 所在地 品川区〇〇1-2-3 診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇〇	
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 4 6 6	日数
	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 4 6 1 6	日数
	7 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日 4 6 1 6	8 装具装着日 (令和) 年 月 日 4 7 2
	9 療養に要した費用の額	60,000 円	装具等の代金 (総額)
	10 診療の内容	硬腰椎装具の装着	
	11 療養費の支給申請の理由	① 治療用装具を作成したため ② 小児治療眼鏡を作成したため ③ その他 ()	

【添付書類】

- ・ 医師の作成指示書 (証明書) 原本
 - ・ 装具の領収書原本 (領収書の返却を希望される場合はその旨明記してください)
- ※小児治療用眼鏡の場合、検査数値を証明する書類も必要となります。
 (医師の作成指示書内に検査数値の記載があれば不要)