

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項	
	被保険者資格取得日	昭平令 年 月 日			給付種別	立替払・装具・眼鏡・その他		
	対象者資格取得日	昭平令 年 月 日			対象者資格喪失日	令和 年 月 日		
	支給対象者区分	本人・家族（高齢・就前）			立替払診療区分	入院・外来		
	領収日	令和 年 月 日			装具支給回数	初回・再支給・補修		
	装具前回購入日	令和 年 月 日（耐用年数 年）						
	支給決議金額	法定給付	円（食事療養費 円）					
		合計	円					

健康保険 療養費支給申請書【治療用装具】

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和 年 月 日			②事業所名					
	③記号		④番号			⑤被保険者氏名				
	⑥対象者氏名					⑦連絡先電話番号				
	⑧傷病名				⑨治療用装具を購入した日	令和 年 月 日				
	⑩発病又は負傷時の状況 ※ケガの場合は、 右欄のaからfまでの全ての項目について回答すること。	(病気の場合) 発症した日		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日						
		(ケガの場合) a.負傷した日時		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 時 分 (頃) <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 時 分 (頃)						
		b.負傷した時間帯		<input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 帰宅途中) <input type="checkbox"/> 休憩時間 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		c.負傷場所		<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		d.負傷場所の住所								
		e.負傷した原因		<input type="checkbox"/> 交通事故 (<input type="checkbox"/> 被害 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 加害) <input type="checkbox"/> 暴力(けんか) <input type="checkbox"/> スポーツ中 <input type="checkbox"/> 被害						
	f.負傷したときの状況を詳しく記入									
	⑪療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であったため <input type="checkbox"/> 誤って以前の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具又は小児治療用眼鏡を作成したため <input type="checkbox"/> 保険証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()								
	⑫委任状 ※退職者も必ず署名すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 <div style="text-align: center;">被保険者氏名</div>								
	⑬給付金振込先口座 ※被保険者名義の口座を記入すること。	銀行名			支店名		口座番号			
口座名義		(フリガナ) (漢字)								
⑭添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 (枚) <input type="checkbox"/> 治療用装具の明細書 <input type="checkbox"/> 医師の証明書(診断書) <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(診療明細書) <input type="checkbox"/> その他 ()									

事業主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。 事業主 所在地： (所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)	令和 年 月 日
	名称：	
	氏名：	電話番号：