

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具)

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----|
| 被保険者証の 記号・番号 | | | 事業所の名称 | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | 被保険者 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| 申請者が被扶養者 に関するとき | 氏 名 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 続柄 |
| 傷 病 名 | | | 発病または 負傷年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 | |
| 発 病 の 原 因 お よ び 経 過 | <input type="checkbox"/> 病気 原因および経過 <input type="checkbox"/> ケガ ⇒負傷原因届を併せてご提出ください。 | | | | | |
| 診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 師 の 住 所 ・ 氏 名 | 医療機関の所在地 | | 医療機関名称 | | 診療した医師等の氏名 | |
| | 医療機関の所在地 | | 医療機関名称 | | 診療した医師等の氏名 | |
| 診 療 を 受 け た 期 間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日 | 左記の期間に 入院していた場合 | | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日 | | |
| 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 | 治療用装具 () を作成したため | | 装具等の装着について 指示を受けた日と 治療用装具の金額 | | 令和 年 月 日 | 円 |
| 治 療 用 装 具 を 作 成 す る 目 的 | | | 作成した装具の形状 | | 既製品 (SMLの規格品) オーダーメイド その他 () | |
| 同 意 欄 | 保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関 (海外を含む) 等に健康保険組合が文書等により 当該申請内容について照会することに同意します。 被保険者氏名 ㊞ | | | | | |
| 払 渡 し 希 望 銀 行 の 口 座 | 金融機関名 | 支店名 (店番) | 口座番号 | | 口座名義人氏名 | |
| | 銀行 信用金庫 信用農協 | 本店 支店 出張所 | 普通・当座 | | フリガナ 氏名 | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者住所

被保険者氏名 ㊞

連絡先

TEL () -

- (注) 1. 申請書には、「傷病の治療のため治療用装具が必要と認めた医師の証明書」、「領収書 (原本)」及び「装具作製確認書」の書類、また装具を装着した状態の全体がわかる写真、タグ等メーカー名のわかる写真も添付してください。
 2. 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください

| | | | | | |
|------|-----|------|---|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 副事務長 | 係 | 係 | 受付印 |
| | | | | | |