

支給決定伺

(秘密)

| | | | | | | | | | |
|------|-------|---|---|---|----------|------|-----|----|---|
| 資格 | 取得 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | |
| | 喪失 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 支給期間 | 外来・入院 | | | | 支給金額(法定) | 台帳 | | | |
| 自 | 年 | 月 | 日 | 至 | | | | | 年 |

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 A (コルセット等 治療用装具)
(どちらかに○をしてください)

| | | | | | | | | | |
|--------------|------------------------|--|---------------|------------|---|-------------|-------------|---|----|
| 被保険者が記入するところ | 健康保険証の記号・番号 | 事業所 (OCはロケ) | 所属 | | | | | | |
| | 連絡のとれる連絡先 | 電話番号 <input type="checkbox"/> 社用 <input type="checkbox"/> 個人 | メールアドレス | | | | | | |
| | 申請対象者 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | | | | |
| | 傷病名 | | | 発病または負傷年月日 | 年 月 日 (負傷の場合は 時頃) | | | | |
| | 発病・負傷の原因 | *原因不明の場合は、「不詳」と記入ください | | | | | | | |
| | 診療を受けた病院の名称 | | | | | | | | |
| | 診療の期間 | 自 | 年 月 日 | 至 | 年 月 日 | 日間 | 装具(診療)に要した額 | 金 | 円也 |
| | 申請理由 1,2.どちらかに○をしてください | <input type="radio"/> 1. 治療用装具装着の為 (装具名(*1)) <input type="radio"/> 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等(*2) | | | | | | | |
| | 第三者行為に該当 (どちらかに○) | <input type="radio"/> する <input type="radio"/> しない | 第三者の行為による負傷の時 | 健保への届出の有無 | <input type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない | | 第三者の氏名 | | |
| | 上記のとおり申請いたします。 | | | | | | 令和 | 年 | 月 |
| 被保険者の住所 | | 氏名 | | 印 | | *自署の場合は押印不要 | | | |

(*1) 下肢装具/腰椎装具/足底装具 など装具の種類を記入ください。

(*2) 対象は9歳未満の小児です。

受付日付印

* 在籍者の場合振込希望銀行の記入は不要です。

| | | | |
|--------|--------------|---|-----|
| 振込希望銀行 | 振込先 金融機関名 | 銀行 信用金庫 | 支店 |
| | 預金種別 口座番号 | <input type="radio"/> 普通 / <input type="radio"/> 当座 | NO. |
| | 預金名義人 (カタカナ) | (TEL) | |

* 必要な添付書類 *

- 治療用装具装着での申請
医師の証明、領収書
治療用装具の明細 (医師の証明や領収書に記載されている場合は不要)
装具作製確認書・写真貼付用紙
- 治療用眼鏡での申請
医師の証明 (治療用眼鏡等の作成指示書)
領収書

いずれもコピー不可