

支給決定 伺	常務理事		事務長				係		決議 年 月 日		
	支給期間	自 年 月 日				支給日数	回数	支給決定額			
		至 年 月 日 日間									
	資格取得	年 月 日				備考					
資格喪失	年 月 日										

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書（治療用装具・立替払）

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険証の記号・番号		②被保険者の生年月日			③事業所の名称			
			昭和・平成 年 月 日						
	④被保険者の氏名 (フリガナ)				⑤家族療養費の場合は療養を受けた被扶養者の氏名等				
					氏 名		生年月日		続 柄
							昭和・平成 令和 年 月 日		
	⑥被保険者の現住所・電話番号								
	〒 - TEL ()								
	⑦傷病名および傷病の経過			⑧負傷(ケガ)は第三者行為によるものですか			⑨負傷(ケガ)の原因・状況		
	ケガ⑧⑨へ 病気⑩へ			はい (負傷届もご提出下さい)・ いいえ			・いつ 年 月 日 時頃		
				⑩発病の原因		発病年月日		・どこで	
					年 月 日				
⑪診療または手当の期間		受診日数	⑫入院	入院期間		⑬装具装着日			
年 月 日から 年 月 日まで		日	あり なし	年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日 装着		ア工作中 イ通勤途中 ウ私用中 エその他 ()	
⑭診療等に要した金額・装具等の代金			⑮診療または手当を受けた医療機関名称等					・どのように負傷しましたか	
円			名称 医師名						
⑯療養の給付を受けることができなかった理由					⑰やむを得ず健康保険証を使用できなかった理由				
ア. 治療用装具の装着・小児治療用眼鏡等の購入 イ. 他制度で受診 (国保・協会けんぽ・その他) → ウ. 自費で受診 →									
委 任 状	⑱支給決定された療養費の受領を								
	(事業所名) _____ (代理人氏名) _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名								
口 座	銀行	支店	普 当	口座番号				口座名義	
								フリガナ	

【添付書類等】

1. 治療用装具の場合・・・領収証(原本)、医師の意見書および装着証明書(原本) ※靴型装具の場合は装具の写真(正面および側面)
2. 小児治療用眼鏡等の場合・・・領収証(原本)、医師の治療用眼鏡等の作成指示書
3. 立替払の場合・・・領収証(原本)、診療報酬明細書(原本)