

記入例

健保記載欄

		常務理事	事務長	担当	担当
支給額	法定給付 付加給付	円			
備考				取得	年 月 日
				喪失	年 月 日

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書

記号	●●	番号	●●●●	被保険者氏名	健保 太郎	
被保険者住所	〒 000 - 0000 TEL 00 - 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇町 1-1-1 〇〇〇マンション 101					
被扶養者に関する申請のとき	氏名	ケンボ イチロウ		生年月日	被保険者との続柄	
		健保 一郎		昭・平・令 ●年●●月●●日	子	
傷病名	〇〇変形性関節症			発病又は負傷の年月日	令和●●年●●月●●日	
発病又は負傷の原因	自宅の階段から転倒した。					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・住所及び医師の氏名	名称	▲▲▲ 整形外科		医師氏名	〇〇 医師	
	住所	〒 000 - 0000 TEL 00 - 000 - 0000 東京都〇〇区〇〇町 3-3-3				
診療又は手当を受けた期間	自) 令 ●●年●●月●●日 至) 令 ●●年●●月●●日 (1 日間)					外来入院
入院の場合 入院期間	自) 令和 年 月 日	至) 令和 年 月 日 (日間)	診療又は手当に要した費用の額	15,000 円		
診療又は手当の内容	装具療法					
申請理由	1. 治療用装具・コルセットを購入した (装着日 令和 ●●年●●月●●日)				第三者行為によるものですか	いいえ/はい
	2. 保険証を提示出来ずに診療を受けた 3. その他(理由を明記)					

給付金の受領については、事業主経由で支給いたします。

1. 在職中の方 (委任状)	事業主に委任します。	令和 ●●年●●月●●日	
	被保険者氏名	健保 太郎	
2. 資格喪失後の方 (任意継続の方)	銀行	普通・当座	口座番号
	支店	口座名義 (かた)	

【必須】 以下の内容を確認して してください。

備考 (確認欄)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
----------	--------------------------	---

治療用装具申請の場合

- ①医師の証明書及び装具装着証明書
- ②領収書
(義肢装具士の氏名・内訳別に名称、採型区分・種類、価格が記載(又は添付)されていること)
- ③作製した装具の写真(靴型装具作成時のみ)
(別途「治療用装具(靴型装具)の写真について」を参照。)

小児用弱視の治療用眼鏡申請の場合

- ①医師の作成指示書
(検査結果、弱視・斜視等の記載(又は添付)がしてあるもの)
- ②購入した際の「領収書」
(フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記載され、①医師の指示日以降の支払日のもの)