

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					支給金額(法定)	台帳		
自 年 月 日 至 年 月 日 日間 外来・入院 日 間 ¥								

健康保険 ○ 被保険者 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)

消える筆記具(鉛筆、フリクションペン等)は使用不可

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号・番号			事業所 (〇〇はロケ)			所属部署			
	連絡のとれる 連絡先	電話番号 □ 社用 □ 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	装具(診療) に要した額	金	円也		
		至	年	月	日	日間				
	申請理由 1.2.どちらかに ○をしてください	○ 1. 治療用装具装着の為(装具名(*1)) ○ 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○)	○ する ○ 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	○ ある ・ ○ 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 日										
住所										
被保険者の 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		支店
	預金種別 口座番号	信用金庫		
	預金名義人 (カタカナ)	○ 普通 / ○ 当座	NO.	
		(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