

健 保 記 入 欄	取得	年 月 日	喪失	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	種 目	請 求	査 定	備 考				
		円	円					
	合 計							
	一部負担							

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具)
被扶養者

提出日 令和 年 月 日

2 - 1

① 被保険者証の 記号・番号					②氏名	(フリガナ)	
③ 被保険者の 住 所	〒 連絡先 (自宅又は携帯) - -						
④ 社員コード	⑤ 内 線		⑥ 事業所・所属				
⑦ 申請者が被扶養者である時は							
氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄
⑧ 傷 病 名							
⑨ 発病又は負傷 の原因	いつ:				第三者による 負傷ですか	はい・いいえ	
	どこで:				業務上による 負傷ですか	はい・いいえ	
	何をしています:				通勤途上の 負傷ですか	はい・いいえ	
	どのようにして 負傷 (発病) したか:						
⑩ 療養を受けた 期間	自 令和 年 月 日			(左の期間のうち入院期間)			
	至 令和 年 月 日	日間		自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日 日間		
⑪ 診療等を受け た医療機関の 名称・所在地 および医師の 氏名	名称				医師 氏名		
	所在地 および 電話番号	〒 ()					
⑫ 療養の給付を受けることができなかった理由						⑬ 装具の金額	
治療用装具 () を作成したため						円	
⑭ 装具の作成 指示日・装着日	作成指示日: 令和 年 月 日			装 着 日: 令和 年 月 日			
⑮ 診療担当医から受けた装具を装着する目的等について						⑯ 作成した装具の形状	
治療用装具を作成する目的						<input type="checkbox"/> 既製品 (SMLの規格品) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑰ 関係諸機関に照会することへの同意							
三越伊勢丹健康保険組合 理事長殿 私は、貴組合が療養費の支給について関係諸機関に照会することに同意いたします。 なお、本書の写しも有効といたします。 <p align="right">令和 年 月 日</p>							
氏名 _____ 三越伊勢丹健康保険組合では、関係諸機関から得た情報を療養費支給の目的以外には利用いたしません。							

⑮	振 込 口 座	金融機関名	支店名	種別 1:普通 2:当座 3:その他	口座番号	口座名義(カナ)
⑯	委 任 状	本請求に基づく支給金に関する受領を _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ に委任します。				
		被保険者 (請求者)	住 所: 氏 名:			
		代 理 人	住 所: 氏 名:			
						受付日付印 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: auto;"></div>

01.05

【 添付書類 】

- 医師の指示書・意見書
- 装具購入領収書
- 領収書金額の内訳が記載されている書類
- 購入した装具の写真

(撮影方法等については「治療用装具の写真について」を参照)

※義眼や治療用眼鏡、弾性着衣については、写真添付は不要です。