

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** 被扶養者 療養費支給申請書 (治療用装具)

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) ケンポ タロウ 健保 太郎	
③ 被保険者の住所	〒 ○○○ - ○○○○ 連絡先 (自宅又は携帯) ○○○ - ○○○○ - ○○○○ 東京都新宿区新宿○ - △ - □			
④ 社員コード	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	⑤ 内線	○ ○ - ○ ○ ○ ○	
⑥ 事業所・所属 (株)三越伊勢丹				
⑦ 申請者が被扶養者である時は				
氏名	該当せず	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	腰椎椎間板ヘルニア			
⑨ 発病又は負傷の原因	いつ: 令和元年5月中頃	第三者による負傷ですか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
	どこで: 不詳	業務上による負傷ですか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
	何をしていた: 不詳	通勤途上の負傷ですか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
	どのようにして負傷(発病)したか: 発病の原因は不詳。腰痛が激しく歩行も困難な状態であった。			
⑩ 療養を受けた期間	自 令和 元 年 5 月 ■ 日 至 令和 元 年 5 月 ▲ 日 ● 日間	(左の期間のうち入院期間) 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	○ × 医大附属病院	医師氏名	○ 川 × 男
	所在地および電話番号	〒 03 (■ ■ ■ ■) ■ ■ ■ ■ 東京都中央区 × × × ● - ▲ - ■		
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 (腰椎用装具) 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 元 年 5 月 ■ 日	装着日: 令和 元 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 ○ のため		<input type="checkbox"/> 既製品 (SMLの規格品) <input checked="" 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。 令和 元 年 ○ 月 × 日				
氏名 健保 太郎		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。		

⑱ 振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)				
	□□□銀行	△△支店	1:普通 2:当座 3:その他	○○○○○○○	ケンポ タロウ				
⑲ 委任状	<p>本請求に基づく支給金に関する受領を 令和 年 月 日</p> <p>_____に委任します。</p> <table border="1" data-bbox="395 398 1082 667"> <tr> <td data-bbox="395 398 542 495">被保険者 (請求者)</td> <td data-bbox="542 398 1082 495">住所: 氏名:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 495 542 667">代理人</td> <td data-bbox="542 495 1082 667">住所: 氏名:</td> </tr> </table>				被保険者 (請求者)	住所: 氏名:	代理人	住所: 氏名:	<div data-bbox="1141 416 1407 640" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%; height: 100%;"> 受付日付印 </div>
被保険者 (請求者)	住所: 氏名:								
代理人	住所: 氏名:								

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、写真は不要です。