

見 本

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(治療用装具)

常務理事	事務長	係	伺年月日	No.	支給額
					右のとおり支給してよろしいか 円
一方を記入 A・Bどちらか	A. 保険証記号番号 21-155			※個人番号記入時の注意 ①被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号は記載不要です。 ②個人番号を記入した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口 に持参するか、書留郵便等で送付してください。なお申請書について 番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番 号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有し ていない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)をお持ち ください。送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。	
	B. 個人番号				
被保険者氏名	健保 ひので		事業 所名	株式会社健保	所属 宇治支店
装具装着者の 氏名	健保 きぼう		生年 月日	昭和・平成・令和 28年10月19日生	続柄 長女
傷病名	ねんざ				傷病が発生した日 令和2年4月5日
傷病の原因	公園で遊んでいて転んだ				状態 入院・通院
装着した装具	コルセット				
診察を受けた 医療機関等	所在地 〇〇市△△町1-5-5 名称 ◇◇医院 医師等の氏名 ◇◇ □□				
装具装着の指 示を受けた日	令和2年4月6日より 令和 年 月 日まで		装具に要し た費用の額	5,000 円	

※添付書類

- ・装具装着の指示をした医師の証明書
- ・装具購入にかかる領収書(原本)
- ・装具が靴型装具の場合は、装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
(写真を健康保険組合あてにメールでお送りいただいても構いません。送付先アドレスは組合にお問合せください。)

(本欄は、京阪ホールディングス社員・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)

上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、その受領を委任します。

令和 2 年 4 月 27 日

被保険者氏名 健保 ひので

任意継続被保険者のみ記入 療養費を振り込む口座を書いてください

振込先

銀行/信用金庫 支店

普通・当座 口座番号 名義人(カタカナ)

全員記入

あらかじめ氏名のみ記入をお願いいたします

領 収 書

上記のとおり領収しました。

記載不要

令和 年 月 日 受取人氏名 健保 ひので

健保受付印

