

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.	右のとおり支給してよろしいか	支 給 額	
						円	
一方を記入 A・Bどちらか	A. 保険証記号番号 —			※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		事業 所名		所属			
装具装着者の 氏 名		生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生		続柄		
傷 病 名						傷病が発生した日 令和 年 月 日	
傷病の原因						状態 入院 ・ 通院	
装着した装具							
診察を受けた 医療機関等		所 在 地 名 称 医師等の氏名					
装具装着の指 示を受けた日		令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで		装具に要し た費用の額		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 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

任意継続被保険者のみ記入

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

領 収 書

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日 受取人氏名 \_\_\_\_\_

健保受付印

