

支給決定伺

資格	取得 年 月 日	被扶養者	担当	事務長	常務理事	台帳
	喪失 年 月 日					
支給期間	外来・入院		支給金額(法定)		決裁	
自 年 月 日	至 年 月 日 日間		¥		年 月 日	

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 )

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	事業所 (OCはロケ)	所属 (トール) (7- - )		
	申請対象者	氏名	続柄	年齢 歳	生年月日 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 時ごろ)
	発病または 負傷の原因				
	診療を受けた 病院の名称				
	診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日 日間	装具(診療) に要した額	金 円也
	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	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。				
被保険者の		〒	住所	氏名	
				印	
			令和	年 月 日	

(\*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 信用金庫	支店
	預金種別 口座番号	普通 / 当座 No.	
	預金名義人 (カタカナ)	(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または処方箋)  
領収書

いずれもコピー不可