

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		所属 (トール)	(7- -)
	申請対象者	氏名		続柄	年齢 歳
	傷病名			発病または 負傷年月日	平成 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 平成 年 月 日	至 平成 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

(*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)
- 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