

支給決定伺

コルセットの場合

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	日間			年	月	日

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

OCの場合はロケも記載

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号	10-101010	事業所	オムロン株式会社 (K)	所属 (トール)	健保 (7-211-3102)
	申請対象者	氏名 健保 太郎	続柄 本人	年齢 40 歳	生年月日 昭和45年 1月 25日	
	傷病名	左膝前十字靭帯損傷			発病または負傷年月日	平成 22年 2月 21日 (負傷の場合は 13 時ごろ)
	発病または負傷の原因	交差点で出会いがしらに自転車と接触				
	診療を受けた病院の名称	御室外科			医師に診療を受けた日	領収書の金額
	診療の期間	自 平成 22年 2月 21日	至 平成 年 月 日	日間	装具(診療)に要した額	金 21,424 円也
	申請理由	1. 治療用装具装着の為 (装具名(*1) 左膝装具軟性) 1.2.どちらかに○をしてください 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等(*2)				
	第三者行為に該当	する	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
	他責の場合は「する」を選択	しない	第三者の氏名	大阪 勝さん		書類の提出日
	被保険者の	〒600-8530 住所 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801		氏名	健保 太郎	平成 22年 5月 10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	銀行
	金融機関名	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)	

本人退職や死亡のタイミングで申請する場合のみ記載

* 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

支給決定伺

弱視用メガネの場合

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	日	日間	¥	年 月 日		
至	年	月	日	日					

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (OCの場合はロケも記載)

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号	10-101010	事業所	オムロン株式会社 (K)	所属	健保 (トール) (7- 211 - 3102)
	申請対象者	氏名 健保 次郎	続柄 長男	年齢 5 歳	生年月日 平成17年 2月 3日	
	傷病名	弱視(乱視)		発病または負傷年月日	平成18年 12月 1日 (負傷の場合は 時ごろ)	
	発病または負傷の原因	生まれつき				
	診療を受けた病院の名称	御室クリニック		医師に診療を受けた日	領収書の金額	
	診療の期間	自 平成 22年 4月 30日	至 平成 22年 4月 30日	1日間	装具(診療)に要した額	金 29,800 円也
	申請理由	1. 治療用装具装着の為(装具名(*1)) 1.2.どちらかに○をしてください 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等(*2)				
	第三者行為に該当	する <input type="radio"/> しない <input checked="" type="radio"/>	第三者の行為による負傷の時	健保への届出の有無	ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>	書類の提出日

上記のとおり申請いたします。 平成 22年 5月 10日

被保険者の 〒600-8530 住所 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801 氏名 健保 太郎 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	銀行
	金融機関名	信用金庫 支店
	預金種別	
	口座番号	普通 / 当座 No. (TEL)
	預金名義人 (カタカナ)	

本人退職や死亡のタイミングで申請する場合のみ記載

* 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