

支給決定伺

(秘密)

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

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書 A (

コルセット等
治療用器具)

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								
					TEL (またはトール)	(- -)							
	申請対象者	氏名		続柄	年齢	生年月日							
	傷病名				歳	年 月 日							
	発病・負傷の 原因	*原因不明の場合は、「不詳」と記入ください											
	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						
上記のとおり申請いたします。													
令和 年 月 日													
被保険者の 〒 住所 氏名 印													
* 自署の場合は押印不要													

(*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