

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

治療用装具(弾性着衣用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 00 年 00 月 00 日	<input checked="" type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は√)			
	保険証の記号 - 番号	6700 - 00000	被保険者の所属・氏名	(フリガナ) ヤスカワ タロウ	八総 安川 太郎		
	被保険者生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日	年齢	被保険者の住所			
	昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日	△△ 歳	〒 806-1236 北九州市八幡西区△△町××番××号			
	電話	(093) 000 - ××××					
	療養が被扶養者に関するときは、その方の	(フリガナ) 氏名	該当せず		生年月日	年齢	被保険者との続柄
	昭和 平成 令和	年 月 日	歳				
	傷病名	左上腕骨折		発症又は負傷年月日(療養開始日)	令和 00 年 00 月 00 日		
	発症・負傷の原因及び経過	坂道でつまづいて転倒			第三者行為によるものですか		
	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
診療を受けた病院等の	名称	〇〇整形外科医院		装具購入の金額			
所在地	北九州市八幡西区△△町××番××号		34,500 円				
診療の期間(支給期間)	自 00 年 00 月 00 日	日数	入院外入院の別	医師による装具製作・購入の指示日			
至 00 年 00 月 00 日	00 日	入院外入院	令和 00 年 00 月 00 日				
診療の内容	装具装着		装具装着日	令和 00 年 00 月 00 日			
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。						
受取方法	代理人						
<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)	(株) 安川電機または(YE)					
療養の別	1. 治療用装具	治療用装具名	領収書記載の通り	1 初回給付	装着年月日	上記のとおり	
	2. 弾性着衣			2 補給			
				3 再給付			
支給算出額	給付の割合		計算(小)	在籍している会社名		金額	
	1. 未就学児	8 割				円	
	2. 7歳~69歳	7 割					
	3. 70歳~74歳	7 割・8 割・9 割					

- ※ 太枠内を記入してください。書類は全て原紙。
- ※ 添付資料 1. 装具購入 ... 医師の証明、領収書(請求書、見積書) 靴型装具のみ、現物が確認できる装具の写真
- 2. 弾性着衣 ... 弾性着衣等装着指示書(悪性腫瘍の術後・原発性)、領収書
- ※ 時効 医師、歯科医師、薬局等、代金を支払った翌日から2年以内まで請求できます。
- ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

支払印