

常務理事	係員

支給決定日	年 月 日
支給決定額	円

被保険者
家 族

療養費支給申請書(治療用装具)

申請者(被保険者)記入欄	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名	⑩	
	住所	〒 TEL			
	事業所名			マンNo.	
	受診者	被保険者・被扶養者(氏名 生年月日)			
	発病・負傷年月日	年 月 日	傷病名		
	発病・負傷の原因及び経過(詳しく)	※ケガ…負傷原因報告書を併せてをご提出ください			
	装具装着日	年 月 日	療養に要した費用の額	円	
	診療を受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日		<input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> 通院中	
	診察を受けた医療機関等の	名称		診療した医師等氏名	
		名称		診療した医師等氏名	

申請者記入欄	<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>尚、私の受ける表記給付金の受領は事業主に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ ⑩</p> <p>大真空健康保険組合理事長 殿</p>	年 月 日
--------	---	-------

- ※添付書類※
- 領収・明細書の原本
 - 医師の意見および装具装着証明書
 - ▲ 弾性着衣等装着指示書(弾性着衣等に限る)
 - ▲ 眼鏡等作成指示書、検査書(小児弱視等の治療用眼鏡等に限る)
 - ▲ 療養費の支給申請を行う装具の現物写真(靴型装具に限る)
 - ▲ 負傷原因報告書(ケガに限る)

被保険者マイナンバー記載欄									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。・マイナンバーを記載した場合は、本人確認書類が必要です。

月末締め、翌月給与日支払い(事業所より給与と同時振込)となります。

給与明細書に健保としての項目はありません。決定通知書で通知した支給金額にてご確認をお願いいたします。