常務理事	事務長	担当者

こちらは記入不要です

円

申　請　日
※※年　※※月　※※日

本人確認欄	
☑ ↑チェック	この届出については、１．または２．の要件を満たしたものである。 １．　申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ２．　記載内容については申請者本人が誤りがないか確認をしている。

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書（治療用装具等）

【注意事項】　ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線の近くに、被保険者によるフルネームのサインまたは押印が必要です。

被保険者情報	被保険者証	記号	203	番号	0000		
	被保険者	氏名	住友　太郎			所属店部	※※支店
		生年月日	平成　※ ※ 年　※※ 月　※※ 日				
	住　所	〒　530　ー　0005 大阪府大阪市北区中之島3-2-18					

申請内容	① 申請対象者	被保険者　被扶養者（家族）　（どちらかに〇）			被保険者との続柄
		氏　名	住友　健保		子
		生年月日	平成　※ ※ 年　※ ※ 月　※ ※ 日		
	② 傷　病　名	右膝蓋骨亜脱臼	③ 発病または負傷年月日	令 和　※※ 年　※※ 月　※※ 日	
	④ 発病の原因および経過	転倒による亜脱臼			
	⑤ 診療を受けた医療機関	名称	〇〇整形外科	医師等の氏名	〇〇 〇〇
		所在地	〇〇市〇〇町△△		
	⑥ 受診日又は治療用装具等装着日	令和　※※ 年　※※ 月　※※ 日			
	⑦ 診療費又は治療用装具等の金額	※※,※※※　円			
	⑧ 診療の内容	右膝蓋骨亜脱臼による治療用用具作成の必要あり		(例)下腿コルセット装着、弱視のため治療用眼鏡作成指示等	
	⑨ 療養費の支給申請の理由（どれか1つにチェック） ☑ 治療用装具を作成したため　←チェック ☐ 小児弱視等の治療用眼鏡等を作成したため ☐ その他（　　） ☐ 保険証なしで受診、10割負担したため			⑩ 添付するもの（●すべて必須） ● 医師の意見書及び装具装着証明書（原本） ● 装具等領収書（原本） ● 装具等の写真（ハッキリと分かるもの） 〇 診療明細書及び領収書(原本)《10割負担した場合》	

住友倉庫健康保険組合