

常務理事	事務長	担当者

申 請 日
年 月 日

支給決定額
円

本人確認欄	
☐	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 療養費 支給申請書（治療用装具等）
被扶養者

【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		番号			
	被 保 険 者	氏 名				所属店部	
		生年月日	年	月	日		
	住 所	〒 ー					

申 請 内 容	①	被保険者	被扶養者（家族）	（どちらかに○）		被保険者との続柄
	申請対象者	氏 名				
		生年月日	年	月	日	
	② 傷 病 名				③ 発病または 負傷年月日	年 月 日
	④ 発病の原因 および経過					
	⑤ 診療を受けた 医療機関	名称			医師等の氏名	
		所在地				
	⑥ 受診日又は治療 用装具等装着日	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	(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 ☐ 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） ○ 診療明細書及び領収書(原本)《10割負担した場合》		