

本件支給決定してよろしいか											
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給決定額	百万	十万	万	千	百	拾	円
				計算式							
資格関係	年 月 日取得		資格照合	円 × /10 = 円							
	年 月 日喪失			装具装着年月日		年 月 日					

健康保険 療養費支給申請書 (治療用装具)

被保険者証の記号番号	記号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	所属名
被保険者(請求者)の住所・電話番号	〒 _____ TEL _____										
氏名	フリガナ _____ 氏名 _____										
傷病名					発病または負傷の年月日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)				
発病または負傷の原因											
傷病の経過											
診療を受けた病院の名称					所在地						
診療に従事した医師の氏名											
診療内容											
装具装着日	年 月 日装着				診療に要した費用の額			円			
療養の給付を受けることができなかった理由											
第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無				ある ・ ない						
	第三者の氏名と住所 (不明の時はその旨)										
申請者が被扶養者に関するときはその者の氏名					生年月日		S・H・R 年 月 日生			被保険者との続柄	
委任欄	この申請に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、給付金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。(退職者は記入不要) 年 月 日 被保険者氏名 _____										

《記入上の注意》

- 「発病または負傷の原因」がわからないときは「不詳」と記入してください。
- 「診療内容」は例えばコルセット装着の場合には、「コルセット装着」というように記入してください。
- 「療養の給付を受けることができなかった理由」は例えばコルセット装着の場合には、「コルセット装着」というよう記入してください。
- コルセット・ギブス・義肢等の「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」、「装具を装着したという医療担当者の証明書」「実費についての領収書」を付けてください。

※退職後の請求の場合は、銀行口座を記入してください。

振込を希望する銀行名	銀行 信用金庫				支店	口座番号						
※銀行口座確認のため通帳の写しを添付してください。												