

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
記入不要です											
装具装着日											
区分	本人	家族	円								

健康保険 療養費支給申請書（治療用装具・小児弱視眼鏡用）

被保険者 記号番号	記号	1	番号	5	4	3	2	2	所属名	大阪支店営業部
被保険者（請求者） の住所・電話番号	〒 536 - 8536 TEL 06- 6666- 2324 大阪市城東区鳴野東2-2-2									
氏名	氏名 シギノ ジロウ 氏名 鳴野 次郎									
傷病名	右膝蓋骨折				発病または 負傷の年月日		R7年 11月 10日 (負傷の場合は 時頃)			
発病または 負傷の原因	玄関先で転倒									
傷病の経過	歩行困難となった為、整形外科を受診。 装具装着が必要と診断され、現在治療中。									
診療を受けた 医療機関	名称	大阪整形外科医院			所在地	大阪市中央区大手前1-1-1				
診療に従事した医師	氏名	逢坂 三郎								
診療内容	装具装着									
装具装着日	R7年 12月 10日装着						診療に要した 費用の額	75,000円		
療養の給付を受ける ことができなかった理由	治療用装具（コルセット・装具等）の製作および装着のため									
第三者の行為に よって負傷したとき	その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明の時はその旨)				ある ・ ない					
申請者が被扶養者に 関するときはその者	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） R8年 1月 10日 被保険者氏名 鳴野 次郎									

←タカラスタンダードに
お勤めの方の氏名を記入
(受診者ではない)

←経過なので「良好」や
「治療中」等

←氏名は受診した家族名、
続柄は「妻」や「子」等

←タカラスタンダードに
お勤めの方の氏名を記入
(受診者ではない)

《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、

添付忘れないように！

《添付書類》

- 治療用装具を購入、装着した場合
1. 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」の原本
 2. 領収書の原本
- 小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入した場合
1. 医師の「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」の原本
 2. 領収書の原本

※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。									