

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	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 (補装具用)

被保険者証 の記号番号	記号	番号	所属名
被保険者(請求者) の住所・電話番号 氏名	〒 _____ TEL () _____ フリガナ _____ 氏名 _____		
傷病名	発病又は 負傷の年月日		(負傷の場合は 年 月 日 時 分)
発病又は 負傷の原因			
傷病の経過			
診療を受けた 病院の名称	名称	所在地	
診療に従事した 医師の氏名	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	装具装着時に入院 していたか入院外 (通院)か		入院・入院外
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 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		ある・ない
申請者が被扶養者 に関するときは その者の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 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》

- 「発病又は負傷の原因」がわからないときは「不詳」と記入して下さい。
- 「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下さい。
- 「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、「コルセット装着の為」というように記入して下さい。
- コルセット・ギプス・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」を付けて下さい。
- 「入院・入院外」、「ある・ない」のところは、該当するものを丸で囲んで下さい。

※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下さい。									