

支給金額	円			
支給期間	令和	年	月	日～
	令和	年	月	日 日間

常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書（装具）

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

健康保険証の 記号・番号			事業所名			
被保険者氏名	Ⓜ		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
被保険者の住所	〒		Tel ()	-		
申請が被扶養者 に関するときは	氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日	続柄	
傷病名			発病または 負傷年月日	平成 令和	年 月 日	
発病または 負傷の原因						
診療を受けた 病院等	名称			所在地	〒	
	医師名				-	
診療の内容	装具の装着など					
診療の期間	令和 年 月 日から	日間	入院・通院の別	診療に要 した費用	円	
	令和 年 月 日まで		入院・通院			
保険証を提示で きなかった理由	装具の製作費は、保険上現金扱いのため					
第三者行為によ るものですか？	いいえ・はい	相手の氏名				
		相手の住所	〒			
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。				受付日付印	
	令和 年 月 日					
	被保険者（請求者）氏名 Ⓜ					
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)			Ⓜ	
	代理人の 住所	〒			-	

（添付書類） Ⓜ 原本を添付ください。

- ・ 装具作製確認書
- ・ 医師の証明書
- ・ 治療用装具の領収書
- ・ 装具の写真

保険給付を受ける権利の時効（消滅期間）は2年間です。

給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認ください。

給付金は給与上乘せでお支払い致します（任意継続の方のみ届出されている口座振込）

健 保 使 用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額	千円
		医療費 (a)	支給率 (b)	足切り額 (c)	金額 (a × b - c)	
	法定給付	円	割			円
	付加給付	円			円	円

令和元年6月改訂