

支給金額	円			
支給期間	令和	年	月	日～
	令和	年	月	日 日間

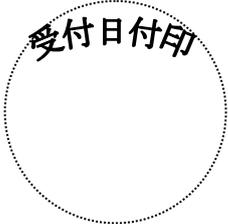
常務理事	事務長	担当

- 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

被保険者資格情報 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					
装具の装着日	令和	年	月 日	入院・通院の別 入院・通院	装具に要 した費用	円
保険適用されな 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？	<input checked="" type="radio"/> 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。					
	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6年12月改訂

