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　６年　１２月　１０日

被保険者資格情報 記号・番号	１０	１２３４５６	事業所名	愛知製鋼　株式会社	
被保険者氏名	愛知　太郎　㊞		生年月日	昭和・平成　５０年　４月　２０日	
被保険者の住所	〒４７６－０００３ 東海市荒尾町大脇９０番地　TEL（０５２）１１１－１１１１				
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	坐骨骨折		発病または負傷年月日	平成・令和　６年　１２月　３日	
発病または負傷の原因	階段から転倒				
診療を受けた病院等	名称	○○病院	所在地	〒４７６－０００３ 東海市荒尾町○○１－１	
	医師名	東海　一郎			
診療の内容	装具の装着など				
装具の装着日	令和　６年　１２月　３日		入院・通院の別	入院・通院	装具に要した費用　３０，０００円
保険証を提示できなかった理由	装具の制作費は、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。 令和　年　月　日 被保険者（請求者）氏名　㊞				
	代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞			
	代理人の住所	〒　－			

受付日付印

（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。
給付金は給与上乗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