

| | | | | |
|------|----|---|---|------|
| 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 | 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 | 1年 5月 1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 | 〇〇病院 | | 所在地 | 〒476-0003 東海市荒尾町〇〇1-1 | |
| | 医師名 | 東海 一郎 | | | | |
| 診療の内容 | 装具の装着など | | | | | |
| 診療の期間 | 令和 1年 5月 1日から | 1日間 | 入院・通院の別 | 診療に要 した費用 | 30,000円 | |
| | 令和 1年 5月 1日まで | | 入院・通院 | | | |
| 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？ | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | |

令和元年6月改訂