

受
付
金
支
給
支
給

治療用装具(コルセット等)を作った場合の記入例
.....網かけの部分は記入不要です.....
※ 添付書類(必須)
(1)医療機関発行の装具を必要とする証明書《原本》
(2)装具製作業者の領収書(明細付)《原本》
(3)(靴型装具及び足底装具の場合)実際に装着する現物の写真 ⇒ ①正面 ②側面(左右) ③裏面(正面の反対側)

日
日
日

被保険者
被扶養者療養費支給申請書(第 回 目)

被保険者証の 記号・番号	〇〇〇 第 〇〇〇〇〇 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名 称 所在地	〇〇〇〇〇 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1	電話 〇〇〇 局 〇〇〇〇 番
傷 病 名	椎間板ヘルニア			発病又は負 傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	不明				
傷 病 の 経 過	腰に痛みがあり、病院にかかり、コルセットを装着した				
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名称 〇〇〇〇病院	氏名 〇〇 〇〇	所在地 及び電 話 番 号	〒 2 2 2 - 2 2 2 2 〇〇県〇〇市〇〇町 2	
診 療 又 は 手 当 の 内 容	入院期間 自 至 年 月 日 年 月 日	コルセット装着日 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自 至 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 〇〇〇,〇〇〇 円也	
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨					
療養の給付又は 特定療養費もし くは家族療養費 の支給を受ける ことのできなかつた理由	装具装着のため				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実と 届出の有無	加害者の氏名	加害者の住所 〒		
被扶養者に関す る申請のとき	氏 名	生年 月 日	明昭 大平	年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店	(フリガナ)		ケンボ タロウ	
	(普通) 当座 No. 〇〇〇〇〇〇〇)	口座名義人		健保 太郎	
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1 氏名 健保 太郎 電話 〇〇〇局 (〇〇〇 局) 〇〇〇〇番 健保					

(注意事項)

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。