

被保険者氏名

申請 内 容	① 装具作成対象者	☐ 1.被保険者 ☐ 2.被扶養者	氏名	生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日													
	② 傷病名				③ 発病ま たは負傷 年月日	令和 年 月 日												
	④ 工作中（業務上）、通勤途 中の傷病ですか	☐	1.はい → 2.いいえ	労災に該当するときには申請できません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。														
	傷病の原因は第三者の行為 （交通事故やケンカ等）に よるものですか。	☐	1.はい 2.いいえ	「1.はい」の場合は当組合へお問い合わせください。														
	⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称																	
	⑥-2 診療を受けた 医療機関等の所在地																	
	⑥-3 診療した医師等 の氏名																	
	⑦ 装具等の装着指示日 （医師による装着指示日）	令和			年			月			日							
	⑧ 装具等購入日（領収日） および金額	令和			年			月			日							円（右づめ）
	⑨ 装具等装着確認日 （証明日）	令和			年			月			日							
	⑩ 診療の内容	治療用装具の装着																
⑪ 療養費申請の理由	治療用装具を作成したため																	

※本申請書以外に添付書類が必要です。詳細は記入上のご注意（別紙記入例の1ページ目）をご覧ください。