

記入例

被保険者
療養費支給申請書（装具用）
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	記号 **	①事業所の 名称・所在地	名称	〇〇株式会社	
	番号 ****		所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇	
傷病名	右足関節捻挫		発症又は負傷した日	令和**年**月**日	
傷病の原因	階段を踏み外して負傷				
傷病の経過	通院加療中				
医療機関又は 薬局	医療機関名	〇〇病院		薬局名	
	医師名	製剤太郎		薬剤師名	
	所在地	〒***-***-* △△市△△町△△丁目△△番△△号		〒	
診療の内容	コルセット装着				
診療期間	令和**年**月**日から令和 年 月 まで (日間) うち 入院 (日間) 外来 (* 日間)				
診療に要した 費用の額	円		治療用装具代	**, ** * 円	
			装具装着日	令和**年**月**日	
療養の給付を 受けることが できなかった理由	治療に必要なコルセットは医療機関で作製できず、保険給付を受けられないため、				
第三者行為によ る負傷か否か	はい	加害者の氏名			
	いいえ	加害者の住所	〒		
被扶養者に関す る申請のとき	氏名	健保 花子	生年 月日	昭和 平成 令和	**年**月**日
(退職者のみ記入) ②振込希望銀行	銀行 支店 (普通)			口座 名義	フリガナ
上記のとおり申請します。 令和**年**月**日 〒***-***-* 被保険者の 住所△△市△△町△△丁目△△番△△ (申請者) 氏名 健保 太郎 住友ファーマ健康保険組合理事長殿					
③ 委任状 <u>給与での給付手続きを</u> <u>事業主へ依頼する為</u> <u>必要ですので、必ず</u> <u>記入してください。</u> (任意継続被保険者・ 退職者は不要です)	私は①に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領に 関する権限を委任します。 令和**年**月** 〒***-***-* 被保険者の 住所△△市△△町△△丁目△△番△△号 (申請者) 氏名 健保 太郎				

添付書類：医師の証明、領収書（各原本）

靴型装具は当該装具の写真（患者が実際に装着する現物と確認できるもの）