

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書（装具用）

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 日まで ( 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	被保険者 との続柄	長女
(退職者のみ記入) ②振込希望銀行	銀行		支店	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 給与での給付手続きを 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。  (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**日 〒***-*** 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）