

療養費支給申請書（治療用装具）

※※裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。 ※※

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号 —		被保険者の氏名及び生年月日		② 昭 平 年 月 日		③本請求書の提出を事業主に依頼します チェック <input type="checkbox"/>		
	④被保険者(請求者)の現住所		郵便番号 —		TEL ()		携帯 ()		
	⑤事業所の名称								
	⑥被扶養者(家族)が受けるものであるときは、その者の								
	⑦氏名		⑧続柄		⑨生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		
	⑦傷病名				⑧発病または負傷の日時		平成 年 月 日 午前 午後 時 分		
	⑨発病または負傷の原因		1. 外傷性の傷病(骨折、打撲等)ですか。 <input type="checkbox"/> はい(2~7に回答してください) <input type="checkbox"/> いいえ(7のみ回答してください)		2. けがをした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()		3. けがをした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中・ <input type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他()		
			4. けがをした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内・ <input type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		5. けがをした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場の行事・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない		6. 「上記5」に当てはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者・ <input type="checkbox"/> 加害者・ <input type="checkbox"/> 相手無		
					7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。				
	⑩第三者の行為によるものですか		⑪「はい」の場合、第三者の住所、氏名(住所・氏名が不明であるときはその旨)		はい・いいえ				
⑫療養の給付を受けることができなかった理由(当てはまるものに○)		1. 治療用装具は保険契約がないため 2. その他()							
⑬装具装着の指示を受けた医療機関等の名称									
⑭治療の内容(当てはまるものに○)		1. 治療用装具 2. 治療用眼鏡 3. 弾性着衣 4. その他()							
⑮装具装着の指示を受けた日(※治療用眼鏡・弾性着衣の場合は購入日)		令和 年 月 日		⑯装具購入にかかった費用		円			

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(請求者)住所 氏名	
代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード _____		支店コード _____	
	普通・当座		口座番号	
	口座名義	フリガナ		

この書類の送付先は
〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2
東京薬業健康保険
組合 給付課 宛

受付日付印

※口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

※※記入方法及び注意事項※※

〔記入の注意事項〕

1. 被保険者は、当組合加入の事業所に勤務し、保険料を納めている方です。被扶養者は、被保険者に扶養されているご家族の方です。
2. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず③欄にチェックをしてください。

〔治療用装具・弾性着衣の添付書類〕

1. 治療上、装具又は弾性着衣が必要であるという医師の証明書（原本）
2. 装具又は弾性着衣の領収書（原本）及びその明細書
3. 靴型装具の場合は、当該装具の写真（患者が実際に着用する現物であることがわかるもの）

〔治療用眼鏡の添付書類〕

1. 保険医の治療用眼鏡等の作成指示書・検査結果（写）
2. 治療用眼鏡の領収書（原本）

※ 証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。

※ 添付書類の返却を希望される場合は、健保までご連絡ください。

※ 健康保険の給付の受給権は2年で消滅します。療養費の時効の起算日は支払をした日の翌日です。

記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。