

見本

健康保険

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 9999 - 1234		被保険者の 氏名及び 生年月日 薬業 春子 昭・平 48年 2月 13日	② 本請求書の提出を 事業主に依頼します チェック <input checked="" type="checkbox"/>		
	④ 被保険者 (請求者) の現住所 郵便番号 100 - 0014 東京都千代田区永田町2-17-2		TEL (03) 3581-1238		携帯 ()	
	⑤ 事業所 の名称 薬業工業(株)					
	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 薬業 松子		⑧ 続柄 長女	⑨ 生年月日 昭和 11年 9月 1日 平成 令和		
	⑦ 傷病名 右アキレス腱断裂		⑧ 発病または 負傷の日時 平成 4年 3月 10日 午前 7時頃 令和 午後			
	⑨ 1. 外傷性の傷病(骨折、打撲等)ですか。 <input checked="" 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)		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 checked="" 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			
	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 checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()		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 checked="" type="checkbox"/> 相手無			
	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 checked="" type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他()		7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。 ランニング中に負傷。			
	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 checked="" type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
⑩ 第三者の行為によるものですか はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		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)				
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 薬業クリニック						
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 4年 3月 11日		⑯ 装具購入にかかった費用 18,590 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 0099 支店コード 099	永田町 銀行・農協 信金・信組 赤坂見附 本店 支店
	普通・当座 口座番号 9999998	
	口座名義 薬業 春子 フリガナ ヤクギョウ ハルコ	

この書類の送付先は 受付日付印
〒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

※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

東京薬業健康保険組合