年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

□ 本人（被保険者）
□ 家族（被扶養者）

療養費支給申請書（装具）

【添付書類】（全て原本を添付してください。）

- コルセット、ギプス等（靴型装具を除く）の場合　・・・　装着を認めた医師の証明書、領収書
- 靴型装具の場合　・・・　装着を認めた医師の証明書、領収書、**装具（現物）の写真**
- 弱視 等 治療用眼鏡（対象：9歳未満）の場合　・・・　眼鏡作成指示書、領収書

被保険者の記号・番号	記号		（フリガナ）	
	番号		被保険者名（申請者名）＜自署＞	
事業所の名称	銀行（又は会社名）　（TEL　　） 支店（部）　　内線			
療養を受けた方	氏名	（　　年　　月　　日生　）	被保険者との続柄	「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名				
傷病の原因と経過	交通事故、喧嘩等（第三者の行為）、または業務上による傷病ですか。　（　はい　・　いいえ　）			
診療を受けた医療機関	名称		担当医	
	所在地			
診療の内容			装具装着日	年　　月　　日
装具費用	円			
備考欄				

● 装具費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。

● 被保険者の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日		
支給期間		年　月　日より 年　月　日まで
支給決定額		円
内訳	療養費	円
	高額療養費	円
	還元金・付加金	円