

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

被保険者証 記号 番号	(フリガナ)		被保険者名 (申請者名)	印
事業所の名称	銀行(又は会社名) (〒) 支店(部) 内線			
療養を受けた方	氏名	(年 月 日生)		被 保 険 者 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 所在地			担当医
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。
- 被保険者証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

治療用装具(靴型装具) 写真貼付台紙

今回購入された治療用装具(靴型装具)の写真を貼付してください。

保険証記号・番号	被保険者名	受診者名
—		
【全体】		
【ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合)】		