

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)

実際に装着する現物の写真

【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	4010	(フリガナ)	リソナ タロウ		り そ な
	12345	被保険者名 (申請者名)	りそな 太郎		
事業所の名称	りそな銀行		銀行(又は会社名)	(TEL 06-1234-5678)	
	大阪営業部		支店(部)	内線 1234	
療養を受けた方	氏名	りそな 花子		被 保 険 者 の 続 柄	配偶者
		(1970 年 10 月 23 日生)			「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名	医師の証明書に記載されている傷病名を記入してください				
傷病の原因と経過	わかる範囲で記入してください				
	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	りそな整形外科		担 当 医	近畿 次郎
	所在地	大阪府中央区備後町1丁目2番3号			
診療の内容	装具装着のため		装具 装着日	2019 年 2 月 10 日	
装具費用	20,000 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