2024 年 12 月 10 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 ・・・ 眼鏡作成指示書、領収書

実際に装着する現物の写真

保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

被保険者の記号・番号	記号	4010	（フリガナ）	リソナ　タロウ
	番号	12345	被保険者名（申請者名）＜自署＞	りそな　太郎　（自署）
事業所の名称	りそな銀行 大阪営業部	銀行（又は会社名） 支店（部）	（TEL 06-1234-5678 ） 内線 1234	
療養を受けた方	氏名	りそな　花子 （ 1970 年 10 月 23 日生 ）	被保険者との続柄	配偶者 「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	大阪市中央区備後町1丁目2番3号		
診療の内容	装具装着のため		装具装着日	2024 年 11 月 10 日（装具証明書の日付）
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