

常務理事	事務長		

被保険者療養費支給申請書 (治療用装具専用)

令和 年 月 日

被保険者の記号・番号		生年月日			被保険者 (フリガナ) 氏名 (申請者)	
		昭和 平成 令和	年	月	日	
事業所の 所在地	名称					
	所在地					
被保険者 住 所	(〒 —)					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL — —					(内線)
療養が被扶養者に関するときは、その者の 氏名	姓		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
傷 病 名						発病又は負傷年月日 (療養開始日) 年 月 日
発病又は負傷の原 因及びその経過						第三者行為によるものですか ○:いいえ 1:はい
診療を受け た病院等	名称				診療した医師氏名	
	所在地					
診療 の期間 (支給期間)	自 年 月 日	日数	入院・入 院外の別	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用の額
	至 年 月 日	日	0:入院外 1:入 院	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	円
診療の内容						
療養費の支給申請の 理由						

- 手続き1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。
2. 「装具が傷病の治療のため必要と認められる医師の証明書(原本)」及び「装具代金領収明細書(原本)」をそえて「療養費支給申請書」を被保険者が記入のうえ組合に提出して下さい。
 3. 靴型装具(足底装具も含む)に係る支給申請書には、当該装具全体の写真も添付してください。