

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
【治療用装具】

聖隷健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	記号 1	番号 12345	生年月日 昭和 平成 60年1月1日(40歳)	事業所 名称 聖隷〇〇センター
	被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ) 聖隷 太郎		被保険者 (申請者) 住所	(フリガナ) 〒 - TEL () 浜松市中央区〇町1234-5
	療養が被扶養者に 関するときは、その方の	氏 名 聖隷 次郎	続 柄 子	生 年 月 日 昭和 平成 令和 25年12月25日 生	() 6 歳
	傷病名	外反偏平足		発病または 負傷年月日	令和 6年12月30日
	発病の原因および経過 (詳しく)	「どこで」「何をしているとき」「どうなった」など 散歩中、急に痛みが走った		診療を受けた 医療機関等	医療機関名 聖隷〇〇病院 医師名 〇〇 医師
	治療用装具の 装着について 指示を受けた日	令和 7年1月10日		傷病は第三者の行 為が原因ですか (相手はいますか?)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	治療用装具の装着日 及び 医師の装着確認日	装 着 日 令和 7年1月20日	医 師 確 認 日 令和 7年1月27日		
	装具の種類・名称	<input checked="" type="checkbox"/> 装具名(両足底装具アーチサポート) <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> 小児治療用眼鏡 <input type="checkbox"/> 弾性着衣			
	療養に要した(治療用 装具)費用の額	30,000 円		オーダーメイド、 既製品の別	<input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 既製品
	作成した装具士 の業者名・氏名	業者名 : 〇〇義肢 氏名 : △△ △△		採寸、型取り を行った者	<input type="checkbox"/> 医師、医療関係者 <input checked="" type="checkbox"/> 装具業者
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※《受取代理人》は事業所が記入				
	《被保険者・申請者》 住所 浜松市中央区〇〇町1234-5 氏名 聖隷 太郎		《受取代理人》 住所 氏名		
支払金融機関の欄	※任意継続・退職者等は支払金融機関の欄を記入。				
	銀行 金庫	本店 支店	種別 1: 普通 2: 当座	口座番号 (フリガナ) 口の座 氏名 名義 人	
備考欄	記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)			受付日付	

※裏面の注意事項をよくご覧の上、提出してください。

2024年12月改訂