

被保険者
健康保険 家族 療養費 支給申請書(治療用装具)

あいちフィナンシャルグループ健康保険組合理事長 殿

被保険者の情報 (申請者)

* 下線部分にご記入ください

被保険者の記号・番号 _____ ・ _____ 店番・所属 _____ ・ _____
 記号・番号が不明な場合は、マイナンバー (番号) を記入してください
 _____ * 記入の場合マイナンバーの写しが必要

氏 名 _____

生年月日 昭和 平成 _____年____月____日

郵便番号 _____ - _____

住 所 _____ 都 道 府 県 _____

電話番号 (日中連絡が取れる番号) _____ - _____ - _____

振込先指定金融口座 (給与振込口座)

金融機関名 あいち銀行 支店名 _____
 普通預金 口座番号 _____

口座名義人 (カタカナで記入してください) _____

* 公金口座の金融機関へ振込の場合は、健康保険組合へご連絡ください

申請内容

受診者 ・ 本人 ・ 家族 (続柄 _____) 氏 名 _____
 生年月日 昭和 平成 令和 _____年____月____日

傷病名 _____

発病または負傷年月日 令和 _____年____月____日

発病の原因および経過を詳しく教えてください
 * 第三者の行為による負傷の場合は、「負傷原因届」を併せて提出願います

.....

診療を受けた医療機関

名称 _____

所在地 _____

診療した医師等の氏名 _____

診療を受けた期間 令和____年____月____日から____年____月____日まで

日数 _____日

上記の期間に入院していた場合はその期間

令和____年____月____日から____年____月____日まで

日数 _____日

装具等の装着について指示を受けた日 令和____年____月____日

装具を装着した日 令和____年____月____日

療養に要した費用の額 _____円

診療の内容

.....

.....

療養費の支給申請の理由 ・ 治療用装具を作製したため

* 添付書類 *

医師の指示により義手、義足、義眼、コルセットなどの治療用装具を購入、装着したとき

- ・ 領収書、保険医の意見書（同意書、証明書）および装具装着証明書
（靴型装具を含む治療用装具の申請の場合は別添の調査書と実際に装着する当該装具の写真であることが確認できるもの）

9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡、コンタクトレンズを作成および購入したとき

- ・ 領収書（フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されたもの）
- ・ 保険医の作成指示書等の写し
- ・ 患者の検査結果

受付日付印	
-------	--

M1-010
第3種保存期間 10年
令和7年4月1日改正