|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　喪失 | 起案 |
| 承認金額 |  | 施行 |
| 備考 | 公過去 | 法定給付 |  | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 係員 |
| 一部負担還元金 |  |  |  |  |  |
| 家族療養付加金 |  |

**青枠内は、被保険者の方が**

**必ずご記入ください。**

**申請書の記入例**

**被保険者**

**被扶養者**

**（治療用装具・コルセット等）療養費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | **記 号** | **○○○** | **番号** | **○○○○○** | **勤務地** | **××××××　会社** |
| **傷病名** | **□□□□□　病** |
| **発病又は****負傷の時期****及び原因** | **いつ、どこで****なにをしていて****どのように** | **～頃より、◆◆◆◆◆の症状が出始め通院を開始****原因は、◇◇◇◇との診断が出ている・・・** | **第三者行為に****よるもの** |
| [ ] はい・**☑**いいえ |
| **診察を****受けた****病院等** | **名称** | **＊＊＊＊＊　病院** | **担当医氏名** | **△ △　△ △ △** |
| **住所** | **神奈川□□□市 ▲ ▲　1 – 7 - ××** |
| **装具代支払日** | **令和6**年**8**月**1**日 | **装具代金** | **80,500**円 |
| **申請が被扶養者の場合はその者の** | **氏名** | **日産　健子** | **生年月日** | [ ] 昭・**☑**平・[ ] 令**20**年**2**月**22**日 | **続柄** | **子** |
| 上記の通り申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **6**年**10**月**15**日　　この申請に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。　　日産自動車健康保険組合　常務理事殿　　　　　　　　〒 **100-0000**　　　　　　　　住所 **神奈川県横浜市◇◇区 ▲ ▲ ▲　2 – 5 - ◇◇**　　 　　氏名 **日産　健太郎**　　　　　　　　TEL **045** (**〇〇〇**) **2352** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **別紙がある場合は記入不要**
 | チェックをつける | [ ]  イ．新規作成　[ ]  ロ．再作成・修理（前回作成日　　年　　月） |
|  **医師の意見書** | **患者氏名** |  | **傷病名**  |  |
| **生年月日** |  年　　月　　日 | **年齢** |  才 | [ ]  入院中に作成 ・ [ ]  入院中でない |
| **補装具名** |  |
| **治療用装具が必要と認めた日** |  年　　月　　日 | **装着を確認した日** |  年　　月　　日 |
| 　　　年 　　月 　　日　　医療機関所在地　　名　　　　称医　　　　師 　　 　TEL ( ) **※訂正の際は二重線で抹消の上、正しい内容を記入し訂正印または証明者の氏名（サイン）をお願いします。** |

**添付書類**

**①～⑥が添付されていることをチェックした上でご申請ください。**

**※弾性着衣を購入の方は④～⑥の添付は不要です。**

**☑ ①領収書（原本）**

**☑ ②明細書（装具価格の内訳書）**

**☑ ③医師の意見書（原本）※上記に記入の場合は不要**

**☑ ④装具作製確認書**

**☑ ⑤治療用装具の写真**

**☑ ⑥同意書**

**※書類に不備がある場合、返却させていただく可能性もありますので申請前にご確認ください。**