

被 保 險 者 族 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 險 者 証 記号	番号	添付書類はクリップで留めてください		
	被 保 險 者 氏 名	事 業 所 名			
	住 所				
	申 請 対 象 者 氏 名	申 請 対 象 者 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月 日
	傷 病 名	発 病 ・ 負 傷 の 年 月 日	平 成 ・ 令 和	年	月 日
	発 病 ・ 負 傷 の 状 態 ・ 原 因	第三者行為(交通事故など)によるものですか ※ はい ・ いいえ			
	治 療 の 内 容				
	治 療 を 受 け た 医 療 機 関	名 称	所 在 地		
	治 療 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日	日 間	治 療 に 要 し た 費 用	円
	保 險 医 又 は 保 險 者 の 指 定 す る 者 に 療 養 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	1. 治療用装具(コルセットなど)の作成 ・ 小児治療用眼鏡の作成 ・ 弾性着衣の購入 2. 保険証を持っていなかった(理由:) 3. その他()			

委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。 被保険者氏名
	事業所代理人氏名

受付日付印

※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

申請内容	必要な書類
1 ・治療用装具 ・小児治療用眼鏡 ・弾性着衣の購入	① 領収書(内訳など明細がわかるもの) ② 医師の証明書(装具指示書) ③ 装具作製確認書
2 保険証を忘れて受診したとき	④ 装具の写真 ⑤ 診療報酬明細書

添付書類はクリップで留めてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(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。)

備考欄	
-----	--

支 給 支 払 決 議	支 給 額	円	伺 年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	係
	支 給 期 間	年 月 日 から 年 月 日	支 給 年 月 日			
	区 分	装 具 医 科 歯 科 調 剤 他 ()				