

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（装具）

記入例

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

※ 領収書本通、医師の同意書等を添付し、治療用めがねの領収書には治療用眼鏡代と記載されていること。

被 保 険 者 記 入 欄				装 具 装 着		領収書日付(装具装着日)		令和5年 11月 15日		
被保険者等 記号・番号		1234—567890		装 具 装 着		装具作成機関名		横浜義肢製作所		
資格取得年月日		平成2年 4月 1日				装具明細 (型番、材質など)		※内訳書（装具製品明細書）の内容を記入して下さい。 腰椎装具 硬性(オーダーメイド) 基本価格 体幹装具用C－5採型(金属枠・硬性)×1 腰椎支持部 A－2モールド支柱無×1 その他付属品 内張り 腰椎支持部×1		
被扶養者 のとき	氏 名	健保 三郎								
	生年月日	平成22年 12月 6日								
		続 柄	二男		治療用眼鏡の場合		前回購入した日付 年 月 日			
療養給付を受けられなかった理由		☒ 治療用装具装着		前回購入した時の年齢 歳						
傷 病 名		第2腰椎分離症		記載内容にて請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を下記事業主に委任します。 被保険者 住所(建物名・部屋番号まで記入) 令和5年 11月20日 神奈川県神奈川5－5－5						
発病又は負傷の年月日		令和5年 10月 22日（療養開始日）								
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、 どのようにして)		10月21日学校の体育祭にてリレーとして走行中転倒して 腰を強打負傷し受診する。 ※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。また学校(高校生以下の方が対象)で負傷した場合 「災害共済給付制度」の利用有無を記載します。利用しない場合は理由を記載して下さい。		被保険者 氏名(自署)※PC入力の場合、押印要 健保 太郎						
入院、通院の別		☐ 入院 ☒ 通院		事 業 主 記 入 欄						
診療又は手当の期間・ 日数		令和5年 10月 22日 ～ 令和5年 10月 25日 (2日間)		内容に相違ないことを証明する。 令和5年 11月24日						
傷病の経過及び手当の 内容		治療遂行上装具装着、患部固定し治療中		事業主 名称 日通〇〇運輸株式会社						
診療・手当に要した額		42,884円		事業主 氏名 日通 一郎						
診療・手当をした医療機 関、医師・歯科医師		住 所	神奈川県神奈川3－3－3		N X グ ル ー プ 健 康 保 険 組 合 記 入 欄					
		医療機関名	横浜整形外科		整 理 番 号					
		氏 名	横浜 太郎		決 定		金 額	(数式等)		
他者によるものか		☐ はい ☒ いいえ		円						
他者の行為による場合 (事故等)		どのような 状況で					内 訳	法定給付額	円	
							付加支給対象額	円		