健保記入欄							
受付日	令和　年　月　日			健保負担	7割	8割	--
資格取得日	年　月　日			支給額	円		
資格喪失日	年　月　日			支給日	令和　年　月　日		
被扶養者認定日	年　月　日			計算式			
	課長	担当	台帳				

健保組合
受付印

☐ 被保険者(本人)
☐ 被扶養者(家族)

療養費支給申請書

被保険者情報					
島津製作所健康保険組合理事長殿 下記のとおり 療養費の支給を申請します。また、以下の「注意事項」の内容について同意します。					令和　年　月　日
被保険者証記号・番号	記 番	被保険者名		生年月日	年　月　日
自宅住所	〒 TEL			会社名 TEL	
※任意継続被保険者又は資格喪失者のみ記入	銀行名　支店名　支店番号			普通 貯蓄	
備考欄					

申請内容					
受診者名		続柄		生年月日	☐昭和 ☐平成　年　月　日 ☐令和
傷病名				発病または負傷の年月日	令和　年　月　日
発病または負傷の原因 (記入がない場合返却します)	原因 場所 状況			第三者行為によるものですか。	☐ はい　☐ いいえ
				通勤災害・労働災害によるものですか。	☐ はい　☐ いいえ
診察を受けた医療機関名	名称	所在地			医師名
診察を受けた期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間			入院期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　日間
装具等の装着について指示を受けた日	令和　年　月　日			装具装着日	令和　年　月　日
診療に要した費用の額(装具代)	円			診療の内容(装具名)	
申請の理由	☐ 急病のため保険証を持ち合わせていなかった　☐ 保険証の発行手続き中であった ☐ 治療用装具装着のため　☐ その他→(　　) 障害者手帳をお持ちですか？　☐ いいえ　☐ はい (写しを添付) 装具のサイズ合わせはどこで行いましたか？　☐ 医療機関　☐ 装具業者の店　☐ 他(　　) 誰が行いましたか？　☐ 医師　☐ 看護師　☐ 装具業者(義肢装具士) オーダーメイドですか既製品ですか？　☐ オーダーメイド　☐ 既製品 サイズ合わせはどのような方法で行いましたか？ ☐ 患部にギプス包帯を巻き石膏で「型」をとる　☐ 患部をインプレッションフォーム(発砲素材)に押し付けて「型」をとる ☐ 患部をメジャーではかる　☐ 紙の上に患部を置き線を引く ☐ SML等のサイズを選んで試着する　☐ その他→(　　)				

必要添付書類

■ 一般診療の場合
- 診療報酬明細書または診療明細書
- 領収書(原本)

■ 治療用装具購入の場合

コルセット等
- 医師の意見及び装具装着証明書
- 領収書(原本)
- 仕様書または明細書(装具の種類,内訳別費用額の記載あること)

小児弱視等の治療用眼鏡等
- 眼鏡等作成指示書
- 領収書(原本)

注意事項

- 診療報酬明細書(レセプト)での内容確認後、支給決定を行います。また、医師への照会等を行う場合があります。
- 給付金は装具購入月の約3ヶ月後、事業主経由で支給します。
- 支給決定にあたり、当該装具の写真等の提出を求める場合があります。
- 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。その場合、支給が遅れることがあります。
- 必要添付書類(証明書・領収書等)の返却はできません。
- 被保険者証の記号番号にかえてマイナンバーを記載する場合は、備考欄へ記載し本人確認書類を添付してください。