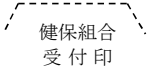


健 保 記 入 欄	受 付 日	令 和 年 月 日			健 保 負 担	7割	8割	--
	資格取得日	年 月 日			支 給 額	円		
	資格喪失日	年 月 日			支 給 日	令 和 年 月 日		
	被扶養者認定日	年 月 日			計 算 式			
		課 長	担 当	台 帳				



- ☐ 被保険者(本人)
☐ 被扶養者(家族)

療養費支給申請書（治療用装具）

被 保 険 者 情 報	島津製作所健康保険組合理事長殿 「注意事項」の内容について同意のうえ、療養費の支給を申請します。															令和 年 月 日			
	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記号 (左づめ)				番号 (左づめ)					マイナンバー (←記入の場合 不要)								
	被 保 険 者 名											生 年 月 日	年 月 日						
	自 宅 住 所	〒										会 社 名							
		TEL										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													
在職者は事業主経由で支給のため記入不要。 退職者で記入無しは公金受取口座へ支給する場合あり。																	

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	
	発病の原因 及び 経 過 (記入ない場合返却します)	原因			第 三 者 行 為 に よるものですか。		☐ はい ☐ いいえ	
		経過			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	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	装 具 名	
----------------------	---	-------	--

申 請 の 理 由	☐ 治療用装具装着のため
	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？ ☐ 患部にギブ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
- 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)

提出先 申請書類は全て書面で提出してください(Eメール提出不可)。
社内便---三条 健康保険組合 宛
郵 送---〒604-8445 京都市中京区西ノ京徳大寺町1 島津製作所健康保険組合 宛

- 注 意 事 項
- ・ 当該装具の写真等の提出を求める場合があります。
 - ・ 必要添付書類(証明書・領収書等)の返却はできません。
 - ・ 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。
 - ・ 給付金は事業主経由で支給します。
 - ・ 診療報酬明細書(レセプト)との突合点検をしますので、支給は装具購入月の約3ヶ月後になります。