

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認印	常務理事	事務長	係

資格	得喪	

記入例：治療用装具

療養費・療養付加金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①申請書提出年月日	令和	1	年	8	月	15	日							
	②被保険者証の記号・番号	記号	●●●	番号	▲▲▲										
	③被保険者氏名	健保 太郎						印							
	④被保険者住所電話番号	東京都武蔵野市〇〇 1-1-1													
	被扶養者(家族)に関する申請であるとき														
	⑤被扶養者氏名							⑥続柄							
	⑦傷病名	アキレス腱断裂													
	⑧発病または負傷の年月日	平成 令和	1	年	6	月	1	日	⑨第三者行為によるものですか	はい・いいえ					
	⑩発病または負傷の原因	サッカー試合中に転倒し負傷													
	⑪診療を受けた医療機関	名称	●●整形外科												
		所在地	東京都武蔵野市〇〇 2-2-2												
	⑫診療の内容	手術・装具治療						⑬診療に要した費用の額	72,000	円					
	⑭診療を受けた日(診療期間)	平成 令和	1	年	6	月	1	日から	1	年	7	月	31	日	(診療を受けた日数)
	⑮上記の期間に入院していた場合はその期間	平成 令和	1	年	6	月	3	日から	1	年	6	月	10	日	8
⑯療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中だったため <input type="checkbox"/> あはき療養費は償還払い制度のため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具購入先が保険契約なきため <input type="checkbox"/> その他 ()														

令和1年6月改訂

受付日付印

※ この申請に基づく給付金は事業主(会社)経由で支給し、支給決定額は「給付金支給決定通知書」にてお知らせいたします。

【個人情報の取り扱いについて】

本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。