

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（治療用装具）  
被扶養者

該当する□に✓を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 証 記 号 - 番 号	—	② 被 保 険 者 氏 名				
	③ 被 保 険 者 住 所	〒	—	電 話	(	)	
	④ 受 診 者	<input type="checkbox"/> 被 保 険 者 <input type="checkbox"/> 被 扶 養 者					
	⑤ 被 扶 養 者 の 場 合 は そ の 方 の	氏 名	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年	月 日	
	⑥ 傷 病 名			⑦ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年 月 日	
	⑧ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 お よ び 経 過	※ 詳しく記入してください（いつ・どこで・どのように）					
	⑨ 負傷の状況	<input type="checkbox"/> 仕 事 中 <input type="checkbox"/> 通 勤 途 上 <input type="checkbox"/> 出 張 中 <input type="checkbox"/> 仕 事 以 外 の 私 用 時					
	⑩ 第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	⑪ 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の	名 称					
		所 在 地					
		診 療 し た 医 師 等 の 氏 名					
	⑫ 診 療 を 受 け た 期 間	令 和 年 月 日 から	日 間	⑬ 医 師 から 装 具 等 の 装 着 に つ い て 指 示 を 受 け た 日	令 和 年 月 日		
		令 和 年 月 日 まで					
	⑭ 療 養 に 要 し た 費 用 の 額 (装 具 等 の 金 額)	円					
⑮ 療養費の支給申請の理由	治療用装具を作成したため						
⑯ 被保険者のマイナンバー（①欄の記号番号を記入した場合は不要です）							
⑰ 受 領 委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を				に委任します。		
	被 保 険 者 氏 名						

※ 被保険者が押印されない場合は□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

【添付書類について裏面をご確認ください】

大阪府電設工業健康保険組合

## 【添付書類】

申請書をご提出の際、次の添付書類が必要となります。

医師が治療のため必要と認めた治療用装具（コルセット等）を作成したとき

- 医師意見書・装具装着証明書〈原本〉
- 領収書〈原本〉
- 明細書 ※領収書と別に明細書がある場合のみ
- 「靴型装具」の場合・・・装具の写真（患者が実際に装着する現物であると確認したもの）
- 「加工した既製品」の場合  
・・・必要に応じて装具の写真の提出を依頼する場合があります