

神鋼商事健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(立替払等、治療用装具)  
被扶養者

被 保 険 者 の ご 記 入 欄	被保険者		被保険者の氏名		事業所名		
	記号	番号					
					印		
	被扶養者に関する申請のときは被扶養者の	氏名	(フリガナ)	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との 続 柄	
	傷 病 名			発症・負傷 年 月 日	令和	年 月 日	
	発病又は負傷の原因 (特に外傷の場合は詳しく)						
	保険診療を受けられなかった理由	1. 治療上必要な装具の製作者は保険医療機関等でないため 2. 医療機関等で健康保険の資格が確認できなかったため 3. その他 ( )					
	診療又は手当てを受けた医療機関等	名称			住所		
	診療又は手当ての内容				診療又は手当てに 要した費用の額	円	
	診療又は手当てを受けた期間	入院期間		外来期間		装具装着日	
		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	第三者の行為による 負傷であるとき	届出の有無	有 ・ 無		加害者の氏名		
					加害者の住所		
神鋼商事健康保険組合理事長 殿 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 印							

【添付書類等】

- 治療装具の申請をされる場合は、「医師の証明書(原本)」または「医師の意見書(原本)」、費用の内訳がわかる「領収書(原本)」、治療用装具の写真(眼鏡、コンタクトレンズは不要)を添付してください。
- 立替払いの申請をされる場合は、個人ごと・医療機関ごと・診療月ごとに1枚の用紙に記入し、「診療報酬明細書」または「調剤報酬明細書」と「領収書(原本)」を添付してください。

健 保 記 入 欄	給付種別	① 治療用装具      ② 立替払い      ③ その他
	支給金額	円

