

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺		法定	
			支給金額		付加	円
				円		円
			支給決定日	年 月 日	被扶養者資格確認	

被保険者 療 養 費 支給申請書(治療用装具等)
家 族 療養付加金

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者等	記 号		被保険者氏名			
		番 号					
	傷 病 名				発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因 傷病の経過						
	診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名 称		所在地			
		氏 名					
	診 療 又 は 手当の内容				入院期間 { 自 年 月 日 至 年 月 日 領収日 年 月 日		
	診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 日間	診療又は手当に 要した費用の額		円		
	療養費支給 申請理由 (いずれかに○)	理 由			必 要 書 類 (添付書類は原本をご提出ください。)		
		① 靴型・足底装具 〔 同一装具について、 初回申請 ・ 前回申請日(年 月) 〕			⇒「医師の証明書」・「領収書(装具等の明細が記載されたもの)」 「当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できる もの)」 「当該装具の説明書等(写で可)」(⇒既製品の場合)		
② 上記以外 〔 同一装具について、 初回申請 ・ 前回申請日(年 月) 〕			⇒「医師の証明書」・「領収書(装具等の明細が記載されたもの)」(*1)				
第三者の行為によ る負傷ですか？	はい いいえ	「はい」の場合健保 への届出の有無		有 無	無の場合「第三者行為による傷病届」等の提出が必要 です。健保までご連絡ください。		
被扶養者に関 する申請のとき	氏 名			生年 月 日	昭 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄
上記のとおり申請します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*2) 資格喪失後は下記の口座(*3)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 住 所 被保険者の 氏 名 電 話 年 月 日							
(*3)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)							
振込希望口座 (被保険者名義)	普通預金		口座 (フリガナ)		名義		
銀行		支店 No.					

(*1)後日当組合より写真、説明書等の追加書類のご提出をお願いする場合があります。
(*2)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

受 付 日	支 払 日