

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	被保険者証	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 コルセット装着日 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
		至 年 月 日			
	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)		
	③ 小児弱視等の治療用眼鏡の購入 ↓ (※給付額の上限あり) 〔初回申請・前回申請日(年 月)〕		⇒「保険医の治療用眼鏡等の作成指示書」・「検査結果」 「領収書」		
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 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 三井住友トラスト・グループ健康保険組合 御中 <div style="text-align: center;">〒</div> 住所 被保険者の氏名 (印) 電話					
(*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)	銀行	普通預金 支店 No.	口座 (フリガナ) 名義		

(*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