

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 付加	円
			支給金額			円
			支給決定日	年 月 日	被扶養者資格確認	円

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	〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎		
		番号	〇〇〇〇〇〇				
	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 〇 日間 至 △△年△△月△△日			診療又は手当に要した費用の額	〇〇,〇〇〇 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ができるもの)」 「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	健保 二郎		生年月日	△△年△△月△△日	被保険者との続柄	長男
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 〒〇〇〇-〇〇〇〇〇 住所 □□□□□□□□□□□□ 被保険者の氏名 健保 太郎 (印) 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇							
(*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		▽▽▽ 支店	普通預金 No. 〇〇〇〇〇〇〇	口座 (フリガナ) ケンポ タロウ 名義 健保 太郎		

(*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