

・装具(眼鏡含)の場合

用紙C-7(1)号(平成23.5)

支給決定伺	常務理事	事務長	担当
	添付書類 ・医師の証明書 ・装具の領収書(内訳有)		
伺年月日	平成 年 月 日	支給年月日	平成 年 月 日
支給期間	自平成 年 月 日 日	至平成 年 月 日 日	金額
資格取得	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	円
資格喪失	平成 年 月 日	額	
標準報酬	月額	千円	

記入・押印不要 (健保使用欄)

装具毎(医師の証明書毎)の申請

被保険者 療養費支給申請書

被扶養者

(第 回)

被保険者証	記号	XXX	番号	XXXXXX	被保険者氏名	健保 太郎		
療養を受けた者の氏名	健保 一郎			生年月日	昭和 平成	XX年 XX月 XX日	続柄	長男
被療養支給の	治療用装具の場合	領収日	平成 XX年 XX月 XX日	診療区分	通院・入院			
医師の証明書(診断書・装着指示書等)に記載してある病名		鍼灸)	1. 通院期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	不要		
発病又は負傷年月日	平成 XX年 XX月 XX日			負傷の原因および状況	どこで・どのように XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
傷病名	XXXXXXXXXX			診療を受けた医療機関名	XXXXXXXXXX 医師の氏名 XX XXXX			
第三者の行為による負傷である時は第三者の住所氏名				口座の名義は被保険者	要した費用	XXXXXX 円		
振込先	銀行コード	XXXXXX	店番号	XXXXXX	フリガナ	ケンボ タロウ		
	フリガナ	XXXXXXXXXXXX		XXXXXX	名義人	健保 太郎		
	XXXX	銀行・信組 信金・農協	XXXX	支店	口座番号	XXXXXXXXXX 普貯・当		
※被保険者の口座をご記入願います。								
上記のとおり申請いたします。								
平成 XX年 XX月 XX日								
領収日以後の日付				被保険者(申請者)	会社名	XXXXXXXXXXXX		
					所属	〒XXXX-XXXX		
					自宅住所	XXXXXXXXXXXX		
				氏名	健保 太郎			
					XXX (XXX) XXXXX	健保		
診断書・領収書の宛名は療養を受けた人の名義								

注意事項

- 治療用装具代金を申請する時は、医師の「証明書」と補装具製作所の「領収証」を添付してください。
- 診療内容に基づく申請のときは、用紙C-8号に担当医師から診療明細を記入してもらい「領収証」を添付してください。
- はり・きゅう・マッサージを申請する時は医師の「同意書」と治療院で発行している療養費支給申請書と「領収書」を添付してください。
- 申請するときは1ヶ月分毎に申請書に記入してください。

感熱紙型領収書は不可× (長期保存できない為)

事業所 健保担当者印	健保受付印
※事業所の健保担当者が押印	健保 使用