

健康 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付No.	
	資格	取得	昭和・平成	年	月	日				
		喪失	平成	年	月	日	区分	本人	家族	6才
		扶養認定日	昭和・平成	年	月	日	高額療養費			円
	領収書額		円			付加金				円
装具コード					支給金額				円	

アイシン健康保険組合

被保険者

被扶養者

## 療養費支給 申請書

【コルセット、ギプス・治療用眼鏡等の装着】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		番号		会社名・所属		
	被保険者氏名					生年月日	昭和 平成	年 月 日
	連絡先	〒		都道 府県	市区 町	電話番号		
	対象者氏名					対象者生年月日	昭和 平成	年 月 日
	傷病名					発病または 負傷年月日	平成	年 月 日
	発病又は 負傷の原因	どこで				何をしていたか		
	療養を受けた 医療機関	名称、所在地					医師名	
	装具名					装具領収書額	円	
	領収書の年月日	平成	年	月	日	第三者の行為（交通事故けんか等） によって負傷したものですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	銀行振込先	療養費は、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください。						支店
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)			

● 添付書類：装具（コルセット等）

(1) 下記の内容が記載されている領収書(原本)

- ①装着者の氏名、装具の名称      ②料金明細（内訳別に名称、採型区分・種類等、価格を記載）  
③オーダーメイド又は既製品の別（既製品の場合、製品名を含む） ④治療用装具を取り扱った義肢装具士の名前

(2) 装着が傷病の療養のため必要と認められた、医師による装具装着証明書（原本）

(3) 装具作製確認書 ①

(4) 治療用装具の写真3～4枚(写真かデータのどちらかで提出) ※義眼、弾性着衣の場合は不要。

● 添付書類：小児治療用眼鏡

(1) 領収書(原本) ※装着者の氏名、費用の内訳、治療用眼鏡と明記のあるもの

(2) 指定病名記載のある作成指示書(原本)又は処方箋(写し)

● 請求書提出ルート：本人 → 健康保険組合