|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　　　月　　　　日 |  |  | | | | |
| 伺年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 決裁年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 支 給 支 払 決 議 書 | | | | |
| 支　給　額 | 円 |  |  | |  |  |
|
|
|  | |
| 支給期間 | 自　　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　　年　　　　月　　　　日  日間 | 資格取得 | | 年　　　　月　　　日 | | |
| 資格喪失 | | 年　　　　月　　　日 | | |
| 支払年月日 | | 年　　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の  口座へ  振 込 |
|  | | | | |  | | |
| 退職された方（任意継続） | | | **―――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

**【申請から給付の流れ】**

**本人・家族　 療養費支給申請書（治療用装具用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　証 | | | | 受　診　者　名 | | | 性別 | 続　柄 | | | 生 年 月 日 | |
| 記　号 | 番　号 | | |
|  |  | | |  | | | １.男  ２.女 |  | | | 年　　月　　日 | |
| 傷 病 名 | |  | | | | 診療開始日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 発病又は  負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | |
| 負傷の状況（外傷性の負傷の場合のみ必ず記入） | | （いつ：日時）　　　　　　　　　　　　（どこで：場所） | | | | | | | | | | |
| （どのように） | | | | | | | | | | |
| ①勤務時間中ですか　　　②通勤途上ですか　　　③第三者によるものですか  □はい　　　　　　　　　□はい　　　　　　　　（交通事故など）□はい  □いいえ　　　　　　　　□いいえ　　　　　　　　　　　　　　　□いいえ | | | | | | | | | | |
| 受診した期間 | | | 年 　月 　日から  　　年 　 月 　日まで | | 日間 | | １.通院  ２.入院 | | 支払額 | | | 円  別紙領収書の通り |
| 上記の通り申請いたします。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  アルバック健康保険組合 常務理事殿  被保険者　住　所  　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 公金受取口座  ご希望の方は□にレ点を記入してください | 【注意事項】  ※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。  ※下記「委任状」欄に記入がある場合は、代理人の口座に給付します。  ※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。  □注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 |

【委任状】受取代理人記入欄※任意継続被保険者の方は、この欄に記入は不要です。

受 付 年 月 日

|  |
| --- |
| 受取代理人の住所  受取代理人の氏名 |

＊時効 ： 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。

＊診療月ごと・医療機関ごと・入院／外来ごとに記入して下さい。

＊任意継続の方は登録口座に振込をいたします。

**添付書類については次ページをご確認ください。**

**【添付書類**】**下記添付書類を提出ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 治療用装具  （リンパ浮腫治療の弾性着衣は  ①と②のみ） | ① 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書（原本）  ② 医師の証明書・指示書又は診断書 等（治療上装着が必要であるという証明）（原本）  ③ 装具作製確認書（原本）  ④ 治療用装具写真貼付台紙（治療用装具の写真を貼り付けてご提出ください）  ※装具作製確認書、治療用装具写真貼付台紙は健保ホームページより印刷してください |
| 小児治療用眼鏡 | ① 装着者の氏名が記入された領収書（原本）  ② 治療用眼鏡等作成指示書（医師の証明）（コピー可） |