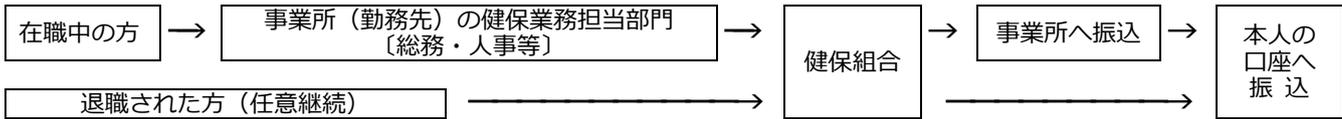


【申請から給付の流れ】



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	資格取得	年 月 日	
	至 年 月 日	資格喪失	年 月 日	
	日間	支払	年 月 日	年 月 日

本人・家族 療養費支給申請書 (治療用装具用)

被保険者証 記号	番号	受診者名	性別	続柄	生年月日
			1.男 2.女		年 月 日
傷病名			発病又は 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②通勤途上ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	③第三者によるものですか (交通事故など) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。					
アルバック健康保険組合 常務理事殿					
被保険者 住所 氏 名					

<p>公金受取口座</p> <p>ご希望の方は□にレ点を記入してください</p>	<p>【注意事項】</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>
---	---

【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）