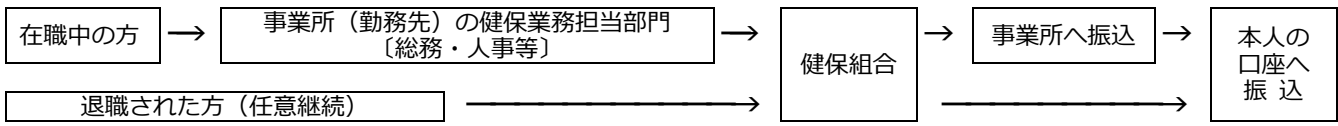


【申請から給付の流れ】



受付年月日	年 月 日	支給支払決議書	
伺年月日	年 月 日		
決裁年月日	年 月 日		
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

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	被保険者証 番号	受診者名	性別	続柄	生年月日
〇〇〇〇	〇〇〇〇	健保 花子	1.男 <b>2.女</b>	妻	〇〇年〇〇月〇〇日
傷病名			発病又は 診療開始日	〇〇年〇〇月〇〇日	
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	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間	<b>1.通院</b> 2.入院	支払額	〇〇〇〇〇円 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					〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者		住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
氏名		健保 太郎			

<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）