



支給期間	令和 年 月 日 ~	支給決定伺		
	令和 年 月 日 日間	令和 年 月 日 決定		
算出額		常務理事	事務長	担当者
支給額		円		

被保険者 療養費支給申請書（治療用装具等） 被扶養者

◎ 標題の該当しない部分を横線で消してください。
◎ 申請書・添付書類の裏紙印刷及びび写メ印刷は不可。
◎ 消せるボールペンで記入した場合、書き直しをしていただきます。

被保険者証の 記号番号	被保険者の 氏名		自署の場合は捺印省略可 ⑨		
受診者氏名	受診者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
傷病名	発病または負傷の 年 月 日		令和 年 月 日		
発病の原因 および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <原因および経過を詳しく記入>				
	<input type="checkbox"/> ケガ → 「負傷原因届」を併せて提出すること				
第三者による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為に よる傷病届」を提出すること	業務上または通勤 途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
装具装着の指 示を受けた日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	装具装着日	令和 年 月 日	
治療用装具の金額	円				
上記に関する請求金の受領を 令和 年 月 日			に委任します。		
被保険者 住所 氏名					

キリンビール健康保険組合御中

【添付書類(要原本)】

◆治療用装具	1. 治療用装具製作指示装着証明書 2. 領収書およびその内訳 3. 負傷原因届 4. 装具作製確認書 5. 装具の写真
◆治療用眼鏡(9歳未満)	1. 弱視等治療用眼鏡等作成指示書 2. 領収書およびその内訳(子の名 前の記載あり)
◆弾性ストッキング等	1. 弾性着衣等装着指示書 2. 領収書およびその内訳(金額、枚数等)

調査印

(注)日常生活の利便性のために作成したもの、職業上の必要性から作成したもの、美容目的で作成したものは支給対象外です。
また、長期にわたり使用する装具は健保の支給対象とならないことがあります。(障害者の方は障害者総合支援法による補装具の支給対象となる場合がありますので、作成する前に市区町村等へご確認ください。)

備考欄	
-----	--

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください
- ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。