

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	埋葬料 円
	埋葬費 円

常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	

被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具) (第 回目)

被保険者 記号・番号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称			
		所在地			
傷病名			発病又は 負傷の年月日	年 月 日	
発病又は 負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			所在地	
	氏名			及び電話 番号	
診療又は 手当の内容			入院期間	自 年 月 日	
				至 年 月 日	
			コルセット装着日	年 月 日	
診療又は手当を 受けた期間	自 年 月 日	日間	至 年 月 日	診療又は手当に 要した費用の額	円
療養又は手当が被保険者の選定に係る 特別の病室の提供、その他厚生大臣が 定める療養を含むときはその旨					
療養の給付もしくは家族療養費の 給付が受けられなかった理由					
第三者の行為によ る負傷であるとき	その事実と 届出の有無		加害者の氏名		
			加害者の住所		
被扶養者に関す る申請のとき	氏名	生年月日	昭平令	年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の銀行	銀行		支店 (普通 当座)		
上記のとおり申請します。 年 月 日					
健康保険組合理事長殿 千 一					
被保険者の住所氏名					

委任状	私は 代理人と定め、次の権限を委任する。 本申請に基づく給付金の受療に関すること。				
	年 月 日				
	被保険者の住所氏名		代理人の住所氏名		
振込希望の銀行	銀行		支店 (普通 当座)		

治療用装具製作指示装着証明書

住所（患者様の住所）

氏名（患者様の氏名）

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等

疾病名

症状等

（治療遂行上の必要（症状や装着目的）、修理が必要となった状況や理由等）

上記の疾病により（オーダーメイド・既製品装具／新規・修理）

（オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等）

の装着を

令和 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

（義肢装具士の氏名） へ（製作・購入・修理）を指示し、

令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名
医療機関電話番号