

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 (家 族) 療養費支給申請書 (治療用装具) (第 1 回目)

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	1011-2568	被 保 険 者 が 勤 務 する (し て い た) 事 業 所 の 名 称	〇〇社 株式会社		
傷 病 名	右変形性膝関節症		所 在 地	東京都 〇〇区 〇〇町 2-4-12	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	不明		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	2 年 5 月 7 日	
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	〇村 整形外科クリニック		所 在 地 及 び 電 話 番 号	〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-5-45 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	氏 名	〇村 〇郎		入 院 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
診 療 又 は 手 当 の 内 容			コ ル セ ッ ト 装 着 日	年 月 日	
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自	2 年 5 月 10 日		診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用 の 額	25,000 円
	至	2 年 5 月 10 日 1 日間			
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	治療用装具を作成したため				
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	健保 花子		生 年 日	平令 55 年 10 月 21 日
				被 保 険 者 と の 続 柄	妻
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。 健康保険組合理事長殿 千 〇〇〇-〇〇〇〇 2 年 5 月 15 日					
被 保 険 者 の 住 所 東 京 都 〇 〇 区 〇 〇 町 1-2-25 〇 〇 マ ン シ ョ ン 205 氏 名 健 保 太 郎					

委 任 状	私は 〇〇 〇〇 を代理人と定め、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。				
	被 保 険 者 の 住 所	氏 名	〇 〇 〇 〇	年 月 日	
	代 理 人 の 住 所	氏 名	〇 〇 〇 〇		
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）

月 日

疾病名及び病状

疾病名

医師が記入

（理由等）

上記の疾病の経過

（オーダーメイド装具等）

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