

1枚目

◎この申請書は2枚一組です。

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
家族 (治療用装具用)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者等	記号	番号	② 生年月日	年	月	日		
	※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。								
	③ 氏名			④ 事業所名称					
	⑤ 住所	(〒 -)		TEL ()	※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。				
	⑥ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							
	受診者が家族(被扶養者)の場合	⑦ 氏名			⑧ 生年月日	年	月	日	⑨ 被保険者との続柄
	⑩ 傷病名			⑪ 発症・負傷年月日	年	月	日		
	⑫ 傷病の因	・どこで		・どのように					
	診療を受けた病院等	⑬ 第三者の行為によるものですか → はい・いいえ			⑭ 業務によるものですか → はい・いいえ				
		⑮ 名称			⑯ 診療した医師氏名				
⑰ 所在地									
	⑱ 装具購入日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	⑲ 領収書の金額	円		
提出書類	・治療用装具の申請 > <input type="checkbox"/> 治療上装具を必要と認めた医師の意見及び装着証明書の原本 ・弾性着衣の申請 > <input type="checkbox"/> 領収書と明細書(内訳書)の原本 <input type="checkbox"/> 装具の写真(下肢装具のみ) ※『治療用装具 写真貼付台紙』を使用してください。 ・治療用眼鏡の申請 > <input type="checkbox"/> 保険医の作成指示等の写し(検査結果・病名が載ったもの) <input type="checkbox"/> 領収書原本								

同意書

FR健康保険組合 理事長殿

健康保険法に基づく給付金の支給決定を行うにあたり、FR健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関がFR健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びFR健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

※ 関係機関とは、事業主、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

年 月 日

被保険者氏名

〔注意事項〕

2ページ目に続きます。

- 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を希望する場合は 健保組合までご相談ください。
- 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピーを添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)
- 医師の作成指示月の診療報酬明細書到着後の審査になるため、支給決定までに数か月かかる場合があります。
- ⑬傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
- 下肢装具を申請する際には、『装具の画像』の添付が必要となります。

受付日付印

