

療養費【 装具 】支給申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名 フリガナ 本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します <input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。	生年月日 (才) 昭和 平成 年 月 日	記号	番号
	現住所 〒 TEL	事業所名		
	申請が被扶養者に関する場合はその氏名 フリガナ	生年月日 (才) 昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	傷病名	発病又は負傷の年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	第三者行為によるものか はい・いいえ	
	発病または負傷の原因およびその経過 (行動目的・負傷現場・負傷状況 について詳しく記入してください)		工作中・通勤中の負傷か はい・いいえ	
	入院・外来の別 入院・外来	装具装着日 新規・再作製/修理 令和 年 月 日	装具名	金額 円
送金先 ※ 通常は事業所経由での支給のため記入不要 いすゞ自動車制退職後の請求の場合は記入 銀行	口座番号 普通	受取人氏名(カナ)		

医師の装着証明書・領収書 貼付欄

添付書類の返却 希望する・希望しない

※ 返却希望の場合は、ホッチキスなど糊以外の方法で添付願います。
装具画像の返却はしません。

【 添付書類 】 すべて原本を提出してください。

●治療用装具(リンパ浮腫治療のための弾性着衣等の場合は①と②のみ)

- ① 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書(装具の名称・種類・内訳の価格の記載があるもの)
- ② 医師の証明書・指示書または診断書・意見書など(治療上装着が必要であるという証明)
- ③ 装具作製確認書
- ④ 治療用装具画像貼付台紙(治療用装具の写真を貼りつけて提出)

●小児治療用眼鏡

- ① 装着者の氏名が記入された領収書(レシートではなく領収書を添付)
- ② 治療用眼鏡等作成指示書(医師の証明) ※ 眼鏡処方箋ではなく病名記載の作成指示書

(注)

- 提出先は勤務先健康保険業務担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
- 当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--