

療養費支給申請書・第二家族療養費支給申請書（装具）

記入例

※ 領収書本通、医師の同意書等を添付すること

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄		領収書日付(装具装着日)		
被保険者証 記号・番号	1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0	令和5年 11月 15日		
資格取得年月日	平成2年 4月 1日	装具作成機関名	横浜義肢製作所	
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	装具装着 装具明細 (型番、材質など)	※内訳書（装具製品明細書）の内容を記入して下さい。 腰椎装具 硬性(オーダーメイド) 基本価格 体幹装具用C-5採型(金属枠・硬性)×1 腰椎支持部 A-2モールド支柱無×1 その他付属品 内張り 腰椎支持部×1	
被扶養者 のとき	氏 名			日通 三郎
	生年月日			平成22年 12月 6日
	続 柄			二男
療養給付を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具装着	治療用眼鏡の場合	前回購入した日付 年 月 日 前回購入した時の年齢 歳	
傷 病 名	第2腰椎分離症	記載内容にて請求します。なお本金額の受領を下記事業主に委任します。		
発病又は負傷の年月日	令和5年 10月 22日（療養開始日）	令和5年 11月 20日		
発病又は負傷原因 (いつ、どこで、 どのようにして)	※外傷性の原因の「不詳」は受け付けられません。 10月21日学校の体育祭にてリレーとして走行中転倒して 腰を強打負傷し受診する。	被保険者 住所	神奈川県神奈川5-5-5	
入院、通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	被保険者 氏名	健保 太郎	
診療又は手当の期間・ 日数	令和5年 10月 22日 ~ 令和5年 10月 25日 (2日間)	事 業 主 記 入 欄		
傷病の経過及び手当の 内容	治療遂行上装具装着、患部固定し治療中	事業主 名称	日通〇〇運輸株式会社	
診療・手当に要した額	42,884円	事業主 氏名	日通 一郎	
診療・手当をした医療機 関、医師・歯科医師	住 所	N X グループ健康保険組合記入欄		
	医療機関名	整理番号		
他者によるものか	氏 名	金額 (数式等)		
		円		
他者の行為による場合 (事故等)	□はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	決 定	法定給付額	円
	どのような 状況で		内 訳	付加支給対象額