

提出先: 健保組合(大阪オフィス内) Date of application (YY/MM/DD) ●● 年 ●● 月 ●● 日 申請

(For prosthetic equipment)
EXAMPLE

サンポート健康保険組合 御中
Application Form for Medical Care Expenses

【治療用装具】

療養費支給申請書

※「領収書(原本)」と「医師の意見書[必要証明・装着証明](原本)」を添付ください。
※靴型装具の場合は、当該装具の写真(受診者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)を添付ください

事業所 Establishment	部署 Division
勤務先 Place of work	●●●部
記号 Symbol	番号(氏名コード) Number (name code)
●●●●●	●●●●●
保険証 Health insurance card	Seal
氏名 Name	健保 太郎
Not required if signed by hand	
氏名自署の場合は不要	
所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。	

受診者 Patient	氏名 Name	生年月日 Birth date (YY/MM/DD)	続柄 Relationship
	健保 太郎	●●年●●月●●日 [和暦]	本人

申請者記入欄

発病(負傷)の原因
Cause of sickness/injury

(いつごろ) When ○月○日、休日の午後に

(どのようにして) How サッカー
Injured due to a third party action (injured due to an accident or other incident involving another party)

第三者の行為によって負傷したもの(相手方のある事故等による負傷)

* 該当に○印 (である ・ **ではない**)

助成・給付などの受給 ... 医療費助成・給付金を受ける場合は、健保

* Circle as applicable (recipient / not a recipient)

* 該当に○印 (受ける ・ **受けない**)

(↑健保からの療養費支給後に、自己負担分を自治体等に申請して給付を受ける場合は「受ける」になります)

To be filled out by the applicant

常務理事	事務長	担当者	
Payment decision by Health Insurance Association			
今回支給対象期間	年 月 ~ 日 (日間)	装具費用 (円)	備考
前回支給対象期間	年 月 日		
前回支給日	年 月 日		
被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失		
扶養者認定の有無	有(年 月 日 取得) ・ 無	支給年月	

Benefits will be paid on the payday of the month after the month in which the documents are received.

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。

任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.