|  |
| --- |
| **支　給　決　定　伺**　　　　　　支給決定　　令和　　年　　月　　日 |
| 常務理事 | 事務長 | 担　当 | 支　給決定額 | 法定 | 　　　　円 | 合　計 | 円 |
|  |  |  | 付加 | 円 |
| 支 給 期 間 | 自　令和　 　年　 　月　 　日至　令和　 　年 　　月　 　日　 　日間 |
|  | **療 養 費 支 給 申 請 書** （治療用装具） |
| 申請者（被保険者本人） | 治療用装具の作成について、以下のとおり申請いたします。令和　　年　　月　　日三井住友海上健康保険組合　御中 |
| 被保険者証記号－番号 | 　　　 －　　　　　　　　　 | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所　電話番号（日中の連絡先） | 〒　　　　－電話　　　（　　　　） |
| 装具を作成した方の氏名 | 　　　　 | 装具を作成した方の生年月日 | □昭和□平成 　　 年　　 月　 　日□令和 |
| 装具を作成した方の続柄 | * 被保険者（本人）
* 被扶養者（家族）
 | 装具を作成した方の健保加入日 | □昭和□平成 　　 年　　 月　 　日□令和　　 |
| 傷病名 |  | 発病（負傷）年　月　日 | □昭和□平成 　　 年　　 月　 　日□令和　　 |
| 発病の原因及び経過（詳しく） | * 病気
* 負傷
 | [原因及び経過] |
| 負傷原因が第三者の行為によるものである場合「第三者の行為による傷病届」の提出の有無 | * 有　　　□　無
 |
| 診療を受けた医療機関等の名称・所在地 | 名称 | 所在地 |
| 診療を受けた期間 | 令和　　年　 月 　 日から 令和　　年　 月 　 日まで　　 |  日間 |
| 診療を受けた期間中に入院した期間 | 令和　　年　 月　 日から 令和　　年 　 月　 日まで　　 | 日間 |
| 装具等の装着について指示を受けた日 | 令和　　 年　 月　 日 | 装具等装着日 | 令和　　 年　 月　 日 |
| 療養に要した費用の額 | 　　　　　　　　　　円 | 診療の内容 |  |
| 療養の給付を受けられなかった理由 | 装具等の作成業者が医療機関でないため |

　　　【必要添付書類】

 □ 装着が傷病の治療のために必要と認められる医療担当者の証明書（原本）

　　　　 □ 装具代の領収（明細）書　装具の型式・単価・義肢装具士の氏名の記載のあるもの（原本）

　　　　 □ 靴型装具を作成した場合は、装具の写真（正面と側面から撮影したもの）

　　　【注意事項】

　　　　＊給付金は、申請書が健保組合に到着した日の翌月の25日（休日の場合は前営業日）に登録口座に振込みます。

　　　　＊提出された書類は、お返しできません。必要と思われる場合は、予め写しを取ってからご提出ください。