|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。