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			
	健康保険 記号－番号	－　　－	氏　名	
	住　所 電話番号 （日中の連絡先）	〒　　－ 電話　（　　）		

装具を使用する方の氏名		装具を使用する方の生年月日	□昭和 □平成　年　月　日 □令和
装具を使用する方の続柄	□　被保険者（本人） □　被扶養者（家族）	装具を使用する方の健保加入日	□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	□平成 □令和　年　月　日から	□平成 □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	□平成 □令和　年　月　日から	□平成 □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	□平成 □令和　年　月　日	装具等装着日	□平成 □令和　年　月　日
治療用装具の代金	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､見積書　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】

＊療養費の支給対象となる治療用装具は１回の処方で１部位に対して１装具です。

＊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。