

【治療用装具を作製した場合の記入例】

必要事項は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

\* 但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

被保険者  
家族

療養費支給申請書

〔除く  
業務上または通勤途上災害による傷病〕

被保険者証の 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社 *部署・工場名等は不要	
対象者氏名	健保 太郎	生 年 月 日	S H・R 〇 年 〇 月 〇 日	続柄 本人
傷 病 名	右アキレス腱断裂	発病または 負傷の年月日	H・R 〇 年 〇 月 〇 日	
発病または 負傷の原因	休日に公園でバレーボールをしているとき、転倒したため *どこで、何をしているときに負傷したか、詳細を記入			
傷病の経過 (いずれかに○印)	治 癒 / 現在も通院(経過観察)中		この傷病の初診日から治癒・中止 による最終受診日までを記入	
診療又は 手当の期間	R 〇 年 〇 月 〇 日 から R 現在 年 月 日 日間	診療又は手当 に要した費用	〇, 〇〇〇 円	
診療を受けた 医療機関 等	名称	〇〇〇 医院 *作製を指示をした医療機関名を記入		
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇..... (〇〇〇) TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
療養の給付を受けるこ とができなかった理由	治療用装具の製作を業者に依頼したため			
上記の通り申請致します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の住所 〇〇〇.....  氏名(自署)及び 印 健保 太郎(被保険者の署名) (印) 健保 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				
* 在職者のみ記入	上記金額の受領を		大同〇〇株式会社	に委任します(会社名を記入)

あてはまるものに○印

必ず 該当する方「のいずれかに記入

会社名のみを記入

症状を自覚した日でも可

領収証の金額を記入

\* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)

金融機関および支店 名	銀行・信用金庫	支店
1.普通 2.当座	口座番号	
フリガナ		
口座名義人		

所属事業所 確認印		

↑  
社会保険担当部署の印

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

大同健保