

※支給決議書	支給年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当	公費	
	支給額										
	支給内訳	法定				資格取得	昭・平・令	年	月	日	履歴
		付加				資格喪失	平・令	年	月	日	
	備考					支給期間					

被保険者家族療養費支給申請書 <治療用装具用>

注意事項

(ウ) 原則として、耐用年数(使用年数)内に1回に限り支給となります。

(イ) 装具業者交付の「領収書」の本紙を添付して下さい。また、領収書の他に明細書がある場合、明細書の本紙も添付して下さい。

(ア) コルセット等の装具の装着が治療のため必要とする旨の、「担当医の証明書」の本紙を添付下さい。

被保険者等 記号・番号(※)	記号 11 番号 12345	被保険者(社員) の氏名	健保 一郎 生年月日 昭・平・令 57年 12月 12日		
※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください					
被保険者の 現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3			TEL	03 (1234) 1111
事業所名 (所属)	(株) JAL〇〇			TEL	03 (5678) 2222 (総務課)
傷病名	両変形性膝関節症		発病または 負傷年月日	令和5年12月頃	
発病または 負傷原因	不詳				
診療を受けた 病院等の	名称	〇〇整形外科		医師氏名	〇〇××
	所在地	〇〇市△△1-1			
診療の内容	治療用装具の作製及び装着		金額	¥ 23,259-	
治療用装具 の 作製日	令和 6年 1月 5日		入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	入院の場合入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	
療養の給付を 受けなかった理由	補装具製作所で保険契約なき為				
第三者行為に よって負傷 したもので あるか否か	ある	その事実の届出の有無		ある・ない	
	ない	第三者行為によって 負傷したときは		第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)	
申請が被扶養者 (家族)に関する ときはその者の	氏名			令和	年 月 日提出
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		..... 受付日付印	
	続柄				
委任状	所在地 事業所名称 事業主名称	事業所健保窓口にて、記入いた だいて下さい。		特例退職及び任意継続 の方は記入不要。	
	委任者氏名	被保険者の署名が必要です。			