

\* 医師の指示により、治療用装具（コルセット等）を購入し、装着した場合  
\* 治療用装具は、国の基準によって価格や耐用年数が定められています。  
\* 医師に装具の製作を勧められた場合でも、TDK健保の判断により、療養費の給付対象とならないことがあります。

受付日付印

治療用装具等

★靴型装具を申請する場合装具の写真★

支給決定伺

				年	月	日	伺出	
				年	月	日	決議	
				年	月	日	施行	
常務理事	事務長	事務課(係)長	係	資格	得	年	月	日
					喪	年	月	日
支給決定額				支給期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
円				備考	被扶養者確認			

事業所担当者印

健康保険

被保険者

家族

療養費支給申請書

提出年月日を記入してください  
令和〇年〇月〇日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号は保険証に記載してあります。 被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 123456	被保険者氏名は保険証に記載してあります。 被保険者の氏名・生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (印) 昭和・平成 40年 10月 13日生
	被保険者の現住所	〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1 電話 888-888-8888		
	傷病名	アキレス腱断裂	発病又は負傷の年月日	平成・令和30年〇月〇日
	傷病又は負傷の原因	いつ、どこで、どうしたのか具体的に記入してください。 自宅の階段を踏み外し右足を負傷した		
	傷病の経過	具体的に記入してください。 通院加療中		
	診療又は手当を受けた医療機関	名称 〇〇病院	所在地 東京都〇〇区〇〇3-3-3 <small>〇で囲みます。</small>	
	診療又は手当の内容	当該病院または診療所での手当の内容を記入してください。 右足装具装着		入院 入院外 〇 入院外
	① 診療又は手当の期間	平成・令和 30年〇月〇日より 平成・令和 30年〇月〇日まで	3 日間	診療又は手当に要した費用の額 領収書に記載されている金額を記入してください。 25,000円
	療養の給付を受けることの出来なかった理由	「治療用装具装着の為」と記入してください。 治療用装具装着の為		
	傷病が第三者の行為に因るときはその事実及び氏名及び住所（不明のときはその旨）	今回の傷病が労災・通災・第三者の行為によるものであるか、記入してください。 (第三者の行為とは？交通事故、他人からの暴力、食中毒等をいいます。) 第三者の行為によるものは療養費の対象外になるため、健保組合へ連絡ください。 該当しない		
今回の申請対象者が被扶養者（家族）の場合に申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	健保 花子	被扶養者の生年月日	昭和 平成 40年 4月 11日 続柄 妻 令和	

① 診療又は手当の期間

治療用装具を装着した日をご記入ください。(例)「装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日

\* 「弾性着衣」の場合は記入の必要はありません。