

治療用装具作成

被保険者療養費・一部負担還元金  
家族療養費・家族療養付加金

兼高額療養費 支給申請書

該当者	<input type="radio"/>	本人
いずれかに○印	<input type="radio"/>	家族

1. 病院の装着証明  
2. 領収書・装具の明細  
すべて原本を添付して下さい。

添付書類

記号	番号						会社名		所属				
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	〇〇〇(株)		電話番号 123-1234 〇〇部 〇〇課	
被 保 険 者 記 入 欄	受診者氏名		健保 一郎			続柄	本人		生年月日	平成・令和 〇〇年		初診日を記入して下さい。	
	傷病名		〇〇〇			診療開始日	平成・令和 〇〇年 〇月 〇日						
	診療期間		令和〇〇年 〇月 〇〇日から (装着日を記入) 日まで			日間	1. 入院 ② 外来		総医療費	〇〇,〇〇〇 円			
	医療機関名 および医師名		〇〇〇病院			〇〇医師		① 保険医 ② 保険外		装具の代金を記入して下さい。			
傷病の原因		第三者行為 ・ 私傷病 (外傷の場合は傷病原因届を提出して下さい。)											
保険診療を受けられなかった理由 (該当番号に○印)		① コルセット・ギプス代 ② あんま・マッサージ治療 ③ はり・きゅうの治療 ④ その他… 詳細に記入して下さい。											
希望送金先 (退職者のみ)		銀行名	ゆうちょ銀行不可				銀行コード			預金種別			
		支店名	退職の方… 記入して下さい 任意継続の方… 記入不要 在職中の方… 記入不要				コード			普通 当座 貯蓄			
		口座名義	カタカナで記				口座番号						
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。												令和 〇〇年 〇月 〇日	
被保険者住所												〒123-1234	
被保険者氏名												〇〇県〇〇市〇〇町	
電話番号												012-123-1234	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。												備考欄	
支給対象額						支払区分							
円						1. 個人 2. 任継 上記以外事業主							
記号・番号で申請の方は記入の必要はありません。													