|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 支給申請書（B）  療　養　費  家族療養費 | 療養費(B)1/2 | | | |
| 電話 | | 電話 | |
| 事業主（所）  健保責任者 | 事業主（所）  健保担当者 | 所属上長 | 庶 務 係 |
|  |  |  |  |

（治療用装具等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主（所）記載欄  適用事業所記号 | | |
|  |  |  |

（注意事項）

１．在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者(退職者)は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先(被保険者名義)をご記入ください。

２．領収書日付が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。

３．装着が必要と認めた医師の証明書と領収書（明細書含む）の原本が必要です。

４．靴型装具の申請には、平成３０年4月購入分から当該装具の写真（患者が実際に装着し、かつ現物であることが確認できるもの）の添付が必要です。

５．申請には、「療養費（Ｂ）2/2『装具作成確認書』の添付が必要です。（小児弱視などの治療用眼鏡・弾性ストッキングの場合は不要）

６．外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を必ず提出してください。

K0304-B(B)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者　　記　　載　　欄 | 会 社 名 | |  | | | | | | | | | | 被保険者証 | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | | |
| 記　号 | | | | | 番　　号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 所 属 | |  | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | |
| 生年月日 | | | Ｓ ・ Ｈ 年 月 日 | | | |
| 申請が被扶養者に  関するとき | | | | 氏名 | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | Ｓ・Ｈ・R 　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 被保険者との  続柄（詳細に） | |  |
| 傷病名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 発病または負傷  の年月日 | | | | | | | | | Ｈ　・　R 年 月 日 | | | | | |
| 発病または負傷  の原因　（詳しく） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 受診した  医療機関名 | | | | | | | | |  | | | | | |
| 領収書日付 | | | H　・　R　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療に要した  費用の額 | | | 円 | | | | | | | | **●領収書原本を添付してください。**  **●領収書は返却しません。**市区町村等、自治体の公費医療助成の精算手続きを予定される方は、健保に提出する前に、必ず自治体への申請手続きでの領収書の取り扱いについて、自治体の担当者にご確認ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付をうけることが  できなかった理由 | | | | | | **補装具業者等が保険契約されていないため** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （該当する項目にレ点） | | | | | | □治療用装具□治療用眼鏡等□弾性ストッキング等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為が原因の傷病の場合はその加害者 | | | | | | | | 住 所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意事項１･２参照）  給付金受取方法 | A.会社経由での支給 ＊在職中の方は会社経由 | | | | | | | | 【委任状】 | | | | | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。  令和 　　年 　　月 　　日　 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B.個人への直接支給  ＊退職（予定）者のみ可  【退職日】 H・R　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | 退職者用  【振込先】 | | | | | 銀行 | | | | | | | | | | | | | 支店 | | | | | | 普通 ・ 当座 | |
| 口座  番号 | | | |  | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | | |
| 名義人 | | |  | | | | |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  〒  住所  被保険者　氏名  電話  東芝健康保険組合 御中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組 合 記 載 欄 | **支給決定額** | | **支払先コード** | **支　給　年　月　日** |
| 本人・家族 療養費 | 円 |  | 令和 |
| 付加金 | 円 |
| 高額療養費 | 円 | （備考欄）  **ゆうちょ銀行不可** | |
| 入院食事療養費 | 円 |
| 合　　　　計 | 円 |

※　本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

