

(秘) 厳秘情報
複製禁止

決 裁 令 和 年 月 日
常務理事 事務長 関係者 担当

健 保 使 用 欄	受 付		登 録		常務理事	事務長	関係者	担当	
					受付番号	NO. 2 -			
					台帳記入	令和 年 月 日			
支給額	法定				算 式	法定	円 × $\frac{70 \cdot 80}{100} =$ 円		
	付加					付加	円 × $\frac{30 \cdot 20}{100} =$ 円		
事由	1. 治療用装具 2. 医療費全額負担				円 - (円 + 25,000円) = 円				
資格喪失	令和 年 月 日				支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで □ 日間			

療 養 費 家 族 療 養 費 (法定給付) 支給申請書
一部負担還元金 家族療養付加金 (付加給付)

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 年 月 日 届出

被 保 者	被保険者証	記号		会社名・所属	
		番号		連絡先	☎
保 険 者 が 記 入 す る こ と	被保険者氏名			被保険者 生年月日	昭和 年 月 日 平成
	被扶養者に関する 申請の場合	氏 名	続 柄	生 年 月 日 昭和 平成 令和 年 月 日	
入 る と こ ろ	傷 病 名			発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	診療の内容			第三者行為(交通事 故・通勤災害等)によ るものですか?	1. いいえ 2. はい
入 る こ と	学校(園)の管理下(登 下校・部活等含む)での ケガですか?	1. いいえ 2. はい(日本スポーツ振興センターより医療費等の補てん 有 ・ 無)			
	発病または負傷の 原因およびその経過				
入 る こ と	診療を受けた 病院等	名 称		医師名	
		所在地		電話番号	() -
入 る こ と	装具購入日 または 診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	装具購入または診療に要した費用の額 円	
	療養の給付を受ける ことができなかった 理由	1. 業者に装具を依頼した為 2. 保険証を携帯しておらず提示できなかった為 3. その他 ()			
入 る こ と	診療を受けた者の 公費負担適用 有・無	有	1. 障害者 2. 母子家庭 3. 乳幼児・こども 4. その他 () 認定市町村名 市 町 村		
		無			
入 る こ と	障害手帳の有・無	有	補装具申請を行わなかった理由 ()		
		無	*障害者総合支援法による補装具支給の対象か判断するため有無の確認をしております。		

- ◎必要書類
- ①治療用装具
 - ・医師の同意書および装着証明書(本書)
 - ・領収書(装具業者発行本書)
 - ・領収書および診療費明細書(装具が必要と診断された日の保険医発行写し)
 - ・装具写真貼付台紙
 - ・装具作製確認書
 - ②医療費全額負担
 - ・診療報酬明細書(レセプト※)または、診療内訳書(当組合所定用紙)(開封厳禁)
 - ・領収書(保険医発行本書)
 - ※医療機関ごとにレセプトの作成依頼と申請書の作成を行ってください。
 - ③治療用眼鏡・弾性着衣
 - ・医師の作成指示書(病名および検査結果の入った本書)
 - ・領収書(治療用眼鏡・弾性着衣と明記がある本書)