

健 保 使 用 欄	受 付		登 録		決 裁 常務理事	令 和 事務長	年 月 日 関 係 者	担 当
					受付番号 台帳記入	NO. 2 - 令和 年 月 日		
	支給額	法定				円 × $\frac{70 \cdot 80}{100} =$	円	
		付加				円 × $\frac{30 \cdot 20}{100} =$	円	
	再生紙（裏紙）の申請は不可							

連絡先は業務時間内（9：00～17：00）に連絡
が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入くだ
さい。

~~療 養 費~~ 家族療養費
~~一部負担還元金~~ 家族療養付加金（付）

届出日を必ずご記入ください。

中部電力健康保険組合 常務理事 殿					令和 〇〇 年 7 月 30 日 届出	
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証	記 号	1	会社名・所属 連絡先	(株) △△支店××部××G ×××-××××-××××	
		番 号	12345			
	被保険者氏名		健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和 平成 〇〇 年 1 月 1 日
	被扶養者に関する 申請の場合		氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			健保 花子	妻	昭和 平成 〇〇 年 7 月 7 日 令和	
	傷 病 名		子宮頸癌術後 両下肢リンパ浮腫		発病または負傷年月日 平成 〇〇 年 7 月 1 日 令和	
	診療の内容		弾性着衣等		原因、現在の状況を詳しくご記入ください。 ものですか？ 1. いいえ 2. はい	
	発病または負傷の原因 およびその経過		術後、両下肢リンパ浮腫を発症、装具装用にて重症化を予防			
	領収書を参考に購入日をご記入ください。		海医院 古屋市東区東の桜町		医師 杉山 杉 電 領収書を参考にご記入ください。	
	装具購入日 または 診療期間		令和 〇〇 年 7 月 8 日 から 令和 〇〇 年 7 月 8 日 まで 1 日間		装具購入から診療に要した費用の額 25,000 円	
療養の給付を受ける ことができなかった 理由		① 業者に依頼できなかった ② 保険証を提示できなかった ③ その他（ ） 必ずいずれかに○印をご記入ください。				
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 必ずいずれかに○印をご記入ください。				

◎必要書類

①治療用装具

- ・保険医の同意書または証明書（本書）
- ・領収書（業者発行本証）
- ・装具写真貼付台紙
- ・装具作製確認書

②治療用眼鏡

- ・医師の作成指示書（病名および検査結果の入ったもの）
- ・領収書（治療用眼鏡と明記がある本書）

③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。