

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号と番号	記号		被保険者 氏名	(フリガナ)	
		番号				
	事業所の 名称と所属	(電話)		(所属)		(内線)
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名		生年 月日	年 月 日	被保険との 続柄
	傷病名			発病又は負傷の 年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因					
	傷病の経過 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 順調	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> その他()	
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称	(診療に従事した医師の氏名)			
		住所				
	装具作成費用の額		円	治療用装具等 領収日	年 月 日	
	診療を受けた期間	自 年 月 日				
		至 年 月 日				
	装着年月日	年 月 日		医師証明日	年 月 日	
第三者の行為によって 負傷したのか否か	ある ・ ない		その事実の届出の有無	ある ・ ない		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
上記のとおり申請いたします。 年 月 日						
〒 - 住所 被保険者 電話 () 氏名 ㊟						

【給付金の支払について】

①在職の被保険者：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 年 月 日
被保険者 (申請者)	㊟ ※被保険者が記入するところと同じ印

②任意継続被保険者：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

③退職者(任意継続被保険者除く)：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

支払 金融 機関	銀行	本店	普通・当座
	信用金庫	支店	
	フリガナ	口座番号	
	口座名義 (被保険者名義)		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合には☑をお願いいたします。)			

【添付書類】

治療用装具(くつ型を作製した場合)・・・詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本)と作製の装具の写真(正面、横(左右どちらからでも可)、ロゴ・商標(ある場合))

治療用装具(くつ型以外を作製した場合)・・・詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本)

治療用眼鏡・・・領収書(原本)と医師の作成指示書(原本)

受付日付印

【注意】

症状固定後や障害者の方の日常生活のために必要な装具は治療用装具ではなく「補装具」に当てはまります。

健康保険制度ではなく市区町村の福祉制度の対象となりますので、事前に市区町村へお問い合わせください。

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合:SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合:〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー

マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿