

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (治療用装具・小児治療用眼鏡)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等 記号と番号	記号 〇〇〇〇	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ
		番号 〇〇〇〇		健保 太郎
	事業所の 名称と所属	株式会社〇〇〇〇 (所属) 〇〇〇部		
		(電話) 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 (内線) 〇〇〇		
	申請が被扶養者に関 するときはその者の	氏名 健保 健太	生年 月日 平成 15 年 10 月 20 日	被保険と の続柄 長男
	傷 病 名	左上腕骨折		発病又は負傷の 年月日 令和 3 年 1 月 10 日
	発病又は 負傷の原因	自宅前の道路が雪で凍結しており、滑って転んだ。		
	傷病の経過 (いずれかに✓)	<input checked="" 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	〇〇〇〇医院 (診療に従事した医師の氏名) 健康 一郎	
		住所	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	
	装具作成費用の額	10,000 円	治療用装具等 領収日	令和 3 年 2 月 1 日
	診療を受けた期間	自 令和 3 年 1 月 10 日 至 令和 3 年 1 月 31 日		
装着年月日	令和 3 年 1 月 31 日	医師証明日	令和 3 年 1 月 31 日	
第三者の行為によって 負傷したものが否か	ある ・ <input checked="" type="radio"/> 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。 令和 3 年 3 月 1 日				
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 住所 東京都〇〇区〇〇1-1 被保険者 電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇-〇〇〇〇 氏名 健保 太郎 <input checked="" type="radio"/>				

【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。 令和 3 年 3 月 1 日
被保険者 (申請者)	健保 太郎 <input checked="" type="radio"/> ※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 信用金庫	すでに退職している場合は③支払金融機関を記入してください。 (①の記入、捺印は不要)
	フリガナ	
	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		

【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)と作製した装具の写真(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