

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定いたしたい。		常務理事		事務長		関係者		担当者	
		決裁年月日		年 月 日					
支給額								計 算	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;"> 被保険者 被扶養者 </div> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">療養費支給申請書(装具用)</div> </div> <p>東北電力健康保険組合</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; margin: 10px 0;"> チェックをお忘れなく！ </div> <div style="color: red; font-weight: bold;">××年 ××月 ××日</div> <p>下記のとおり申請いたします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> この届出は被保険者が内容を確認し作成しています </div>									
被保険者氏名		被保険者証 記号番号		事業所名		◆◆◆◆(株)			
フリガナ デンリョク タロウ				所 属		◇◇事業所			
電力 太郎		●●●●-●●●●		電 話 番 号		××××			
対象者氏名		続柄	対象者の生年			支払額			
フリガナ デンリョク イチロウ			××年 ××月 ××日			XXX,XXX		円	
電力 一郎		長男							
傷 病 名		脊柱管狭窄症							
発病又は負傷の原因 ※装具作成の場合のみ記入		<input checked="" type="radio"/> 1 病気 <input type="radio"/> 2 怪我(原因:) <input type="radio"/> 3 その他 ()							
療養費の支給申請の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を作成 <input type="checkbox"/> その他 ()							
療養を受けた病院・診療所		名 称		○○病院					
		在 地		◆◆市●町XX-XX-XX					
		実 所							
住所氏名		氏 名							

※装具の申請は採型・採寸日(不明な場合は医師証明日)、その他のメガネ等の申請は領収書の領収日を記入してください。

【添付書類】

- 医師の証明書・作成指示書等の**原本** (装具申請時は装着の必要を認めた日および装着確認日が記載されているもの)
- 領収書の**原本**(領収書は対象者の宛名のもの、または対象者がわかる但し書き等があるもの)
- 作成指示書の交付を受けた際の医療機関の領収書**(写し)**
- 上記領収書に対応する診療明細書**(写し)**
- 平成30年4月1日以降に「靴型装具」を購入した場合、当該写真を添付(専用貼付台紙に装具の写真を貼付け、提出)