

健康 保 記 入 欄	支 給 額	円	支 給 決 議 書			資 格 取 得	年 月 日
	法定給付支給額	円	常務理事	業務部長	係	資 格 喪 失	年 月 日
	付加給付支給額	円				備考	本・家(6未・家・高一・高7)
	支 給 日						

東京海上日動健康保険組合 御中

被 保 険 者 療 養 費
支給申請書
第 二 家 族 療 養 費

治療用装具

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記 号 番 号	資格情報のお知らせ等を見てご記入ください。 —		マイナンバー※1 (任 意 記 入)	***** (被保険者等記号番号が不明な場合 要本人確認書類)		
	事業所名						
	受診者氏名			生 年 月 日	1.昭 2.平 3.令	年 月 日	
	傷 病 名			発 病 又 は 負傷年月日	1.昭 2.平 3.令	年 月 日	
	発 症 又 は 負 傷 原 因			傷 病 経 過			
	業務上・通勤中によるものですか？	業務上・通勤中・いいえ		他者の行為によるものですか？	はい・いいえ		
	診 療 内 容			診 療 期 間	自 至	令和 令和 年 月 日 計 日間	
	受診した 医療機関等	名称	所在地		診療した医師等の氏名		
	診 療 費 用	円 (別紙領収書の通り)					
	申 請 理 由	治療用装具の装着					
	給与受取口座 ※2	銀行	支店	1.普通 2.当座	口座番号	口座名義人(カタカナ)	
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 被 保 険 者 氏 名 * 日中の連絡先 (電話番号)						

【記入内容を訂正する場合】 ①又は②の方法にてご訂正下さい。
①訂正箇所にて二重線を引く ⇒ その上に訂正内容を書く ⇒ その隣にフルネームで小さく署名する
②訂正箇所にて二重線を引く ⇒ 訂正印を押印、その上に訂正内容を書く ⇒ 「被保険者氏名*」の氏名横に同じ印を押す

※1 「被保険者等記号番号」をご記入いただければ、マイナンバーは記入不要です。
なお、「被保険者等記号番号」を記入せず、マイナンバーでの請求をご希望の方は、予め健保組合にご連絡ください。

※2 「給与受取口座」には、必ず当組合の「被保険者」名義の口座をご記入ください。
なお、「TMNF」、「TAS」、「システムズ」、「TMO」、「任意継続」の方は、記入不要です。

【添付書類】
①装具作製の医師の指示書(原本)
②領収書(原本)

受 付 印