

申請時、①領収書（原本）②医師の証明書（装具作成指示書等）を添付してください。

療養費支給申請書

装具等

本人・家族
6未・高7・高8

被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地	
装具を作成した方	生年月日：昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄
傷病名		発病または 負傷日	令和 年 月 日
外傷の有無 負傷の原因	●外傷の有無 ・外傷 ・外傷ではない ●負傷した場所 ・職場 ・路上 ・自宅 ・その他（ ） ●業務区分 ・業務中 ・業務休憩中 ・通退勤途中 ・私用中 ●何をしているとき（ ） ●負傷に至った状況（ ）		
療養を受けた 医療機関等	名称		
	所在地		
	電話	— —	
	医師氏名		
装具作成日	令和 年 月 日	第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ
保険診療を受けられ なかった理由			
振込先口座 (被保険者名義のもの)	銀行・金庫 支店 農協・信組 出張所 普通 フリガナ 当座 口座番号 口座名義人		
上記のとおり申請します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 千 — 住所 被保険者 氏名 (印) TEL — —			

※負傷の原因が第三者行為によるもの場合は、別途届出が必要となります。

カルビー健康保険組合

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

委任状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印)
	〒 — 住所 受取代理人 氏名 (印) TEL — —