

記入例

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。
 内を記入してください。

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	<ul style="list-style-type: none"> ●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 (公園のテニスコート) ●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 (友人とテニスの試合中) ●負傷に至った状況 (コート内でつまずき、転倒) 		
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	装具作成のため		
振込先口座 (被保険者名義のもの)	普通 当座	銀行・金庫 農協・信組	支店 出張所
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 〒 — 住所 被保険者 氏名 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 ㊟
	〒 — 住所 受取代理人 氏名 ㊟ TEL — —