

受付年月日	年	月	日
伺 年 月 日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支 給 額	円		

理事長	常務理事	事務長	担当者
資 格 取 得	年 月 日		
資 格 喪 失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（治療用装具等）

（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	記号・番号	・	診療を受けた者の氏名 ・生年月日	フリガナ		続柄	
	事業所名						
	傷病名			昭和・平成・令和 年 月 日生			
	負傷の原因	どこで	(勤務先・その他)				
		何をしている時	(工作中・通勤途中・その他)				
		どのようにして負傷したか	(交通事故・その他)				
	診療を受けた日	令和 年 月 日	装具の装着日	令和 年 月 日			
	被保険者証で診療を受ける事ができなかった理由			診療または手当に要した費用の額	円		
	診療又は手当を受けた医療機関の名称・医師の氏名	名称		医療機関の所在地・電話番号	()		
		氏名					
	被保険者に対する支払金融機関						
	銀行		支店	1.普通 2.当座	口座 名義	フリガナ	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 西日本新聞社健康保険組合理事長 殿 被保険者の住所 氏名 電話 ()							

【添付書類】

受付年月日

◎コルセット等・・・医証（装具を必要と認める証明）＋見積書＋請求書＋領収書

◎弾 性 着 衣 等・・・医師の弾性着衣等の装着指示書＋領収書

◎治 療 用 眼 鏡・・・医師の弱視等治療用眼鏡作成指示書＋領収書（宛名は患者名）＋患者の検査結果

(注) 弾性着衣等および治療用眼鏡に対する給付には、一部制限があります。