

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 1 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	株式会社●●●●			●●● ●●●	○
	傷病名	急性腰痛症		発病又は負傷の年月日	昭和 平成 令和 ○○年 △月 □日生	
	負傷の場所	どこで		自宅で	(勤務先・その他)	
	負傷の原因	何をしている時	片づけ中		(工作中・通勤途中・その他)	
		どのようにして負傷したか	重いものを移動させようとしたところ、腰に負担がかかり負傷		(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	
	被保険者証で治療を受ける事ができなかった理由	装具着用のため		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	○○病院	医療機関の所在地・電話番号	○○市○○区○○1丁目*一* ○○○ (***) *****	
		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。						
西日本新聞社健康保険組合理事長 殿						
令和 ○○年 ○月 ○日						
被保険者の住所 ●●●市●●●区●●●*丁目**一** 氏名 ●●● ●●● 電話 092 (***) *****						

【添付書類】

- 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。

受付年月日