

提出先：被保険者 → ニチレイ健康保険組合

		ニチレイ健康保険組合 検印欄			受付印
		常務理事	事務長	係	
支給額	円				

被保険者 療養費支給申請書 (治療用装具)  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	—		事業所の名称			
療養を受けた者の 氏名			続柄		生年月日	昭平 年 月 日
発病又は負傷 の年月日	平成	年 月 日	傷病名			
発病又は負傷の 原因及び経過						
診療を受けた 病院等	所在地	〒				
	名称			医師の氏名		
傷病は第三者の行為に よるものですか	はい・いいえ 「はい」の場合は健保にご連絡下さい			費用の額	円	
上記のとおり請求します				年 月 日		
〒						
住所						
被保険者の 氏名				印		
				ニチレイ健康保険組合理事長 殿		

[添付書類]

- ① 領収書 (原本)
- ② 作成した装具の明細が記載されているもの
- ③ 医師の装着指示書、作成指示書、同意書 (原本)