給付支給決定並びに支出伺												伺年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額								円	決裁年月日	
												自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	

区分	□ 本人（7割） □ 家族（7割） □ 六未（8割）	計算	□ 眼鏡支給額上限（38,200円×1.06＝40,492）	種別	□装具□医療費 □海外 □訪問看護

【依頼事項】①被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
（マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください）
②療養費申請前に「領収書」「装具装着証明書」のコピーをとり、お手元に保管ください。
（医療証(乳幼児など)をお持ちで市区町村役場に申請される場合、健保より支給決定通知書が発行され次第、一緒にご提出お願いいたします。健保より領収書・証明書はお送り致しません）

被保険者・家　族　療養費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合　理事長　殿　　令和　年　月　日請求

被保険者 記号ー番号	ー	被保険者氏名	
療養を受けた者が 家族の場合	受診者名	続柄	生年月日 年　月　日
被保険者住所	〒		
事業所名			
傷病名		発病・負傷の年月日	令和　年　月　日
発病・負傷の原因	※「いつ、どこで、何していたか」を明確にご記入ください。		
診療の内容および 傷病の経過			
診療・手当を受けた 医療機関名			
診療・手当の期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	支払った 費用	¥
療養の給付を受けることのできなかった理由		第三者の行為による 傷病届の届出	有・無
領収証の日付が装具装着日より後の場合			

※治療用装具の療養費は、不正受給防止のため医療機関の受診歴確認にお時間をいただくので、装具作成後、約５カ月後に支給決定いたします。

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考	

委任状	委任事項	この給付の（住所） 受領方を　（氏名）　印　に委任する 令和　年　月　日 （被保険者）　印
振込先		銀行　支店　当座・普通　番号

――受付日付印――

（記入上の注意）
1.表題は被保険者が療養を受けたときは「被保険者」、家族が療養を受けたときは「家族」を○で囲んでください。
2.保険診療とならなかった場合は、医療機関が発行する診療報酬明細書・調剤薬局が発行する調剤報酬明細書(開封厳禁)と領収書原本を添付してください。（診療明細書とは異なるため、医療機関にご依頼ください）出来ない場合は、別紙「領収明細書」を添付してください。
3.治療用装具・コルセットの場合は、意見書、装具装着証明、領収書、それぞれの原本を添付してください。
※靴型装具は、装具（患者が実際に装着する現物）の写真も添付が必要です。所定の台紙に貼付して提出してください。
4.小児眼鏡作成の場合は、作成指指示書の写、領収書原本、検査結果の添付が必要です。
◎　訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。