住友重機械健康保険組合 理事長 殿

被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

健康保険　被保険者 ・ 家族

療養費 支給申請書（立替払等、治療用装具）

健保使用欄	受付年月日
受付 令和　年　月分	
支払年月日 令和　年　月　日	

月末最終稼働日までに健保に到着した申請書（原本）について原則翌月に支給します。

書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。

在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号 ××××　番号 ××××××			被保険者氏名	住重　健太
事業所名および所属	株式会社　○○○○　△△部				
被保険者住所	〒　141-×××× 東京都品川区大崎×－×－×				
受診者氏名	受診者が家族（被扶養者）の場合は、続柄〔長男、二男等〕をご記入ください。 住重　康男　☐ 本人　☑ 家族〔長男〕			生年月日	☐ 昭和　☑ 平成　××年　××月　××日　☐ 令和
傷病名	左足首アキレス腱断裂				
発病または負傷年月日	令和　6　年　4　月　○○　日			診療区分	☐ 入院　☑ 外来　☐ 調剤
発病・負傷の原因	駅の階段を踏み外し、左足首を負傷した			診療を受けた期間	令和　6　年　4　月　○○　日から　1　日間 医師が装具装着の必要を認め指示した日をご記入ください。
診療の内容	装具の装着			診療または治療用装具の費用	20,000　円
診療を受けた医療機関等	名称	○○○○病院		医師氏名	○○　○○
	所在地	東京都品川区西品川××－×－××			
療養の給付を受けることができなかった理由	該当する理由にチェックしてください。 ●その他の場合は理由を記入してください。			必要な添付書類（原本を提出）　領収書宛名は対象者フルネームを記載 ●小児治療用眼鏡の作成指示書は写しも可　●靴型装具は写真添付も必要です。	
	☐ 保険証を持っていかなかったため			→ 領収書、明細書（点数の記載されたもの）	
	☐ 誤って前の保険証を使用したため			→ 前健保に支払った領収書、診療報酬明細書(開封厳禁)、返還通知(写)	
	☑ 治療用装具を作成したため（小児治療用眼鏡を含む）			→ 領収書、明細書、製作指示装着証明書	
	☐ その他〔　〕			→ 領収書、明細書（点数の記載されたもの）	
第三者行為（交通事故等）により負傷したものですか。 ※「はい」の場合は㈱オークスへお問い合わせください	☑ いいえ　☐ はい　→			第三者行為関係業務委託先 ㈱オークス　連絡先：0120-732-255	
労災（仕事中、通勤途中）により負傷したものですか。 ※「はい」の場合はご申請いただけません。	☑ いいえ　☐ はい　→			所属事業所の担当者へお問い合わせください。	
振込先金融機関名	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。 事業所（会社）を退職し、住重健保資格の資格を喪失した方のみご記入ください。 またこちらに該当する方は委任状欄は記入不要です。				張所　普通預金
口座番号				※カタカナで記入	

委任状

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。

※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。

被保険者（申請者）	氏　名（自署）	住重　健太　（住重）　令和　6　年　5　月　××　日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
代理人（事業主）	所在地 名　称 氏　名	この欄は会社が押印します。