

【メール提出不可】

健康保険

被保険者  
家族

# 療養費支給申請書（治療用装具）

被 保 険 者 （ 社 員 ）  記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	—	被保険者の氏名			
	事業所の 名称		所 属 （ オ フ ィ ス ）			
	傷 病 名		発病又は負傷 の 年 月 日	年	月	日
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因		第 三 者 行 為 に よ る も の	はい ・ いいえ ※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。		
	装 具 名 称		装 具 金 額	円		
	診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等	名 称 及 び 医 師 名				
		住 所 及 び 電 話 番 号	〒	TEL		
家族に関する請求 の場合はその者の （治療を受けた人）	氏 名		続 柄 （ ）	生年月日	年 月 日	
本件給付金を上記のとおり申請します。 年 月 日 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。（※） 〒 被保険者の住所 被保険者の氏名 A I G 健康保険組合理事長 殿 （※）給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。（任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込）						

\*この申請書に必要な事項をご記入の上、下記書類を添えて提出して下さい。（裏紙での申請不可）

添  
付  
書  
類

## 【治療用装具の場合】

- ① 保険医による装具装着の証明書
- ② 装具会社の領収書（原本）  
※領収書内に内訳・明細の記載がない場合は、明細書（内訳書）も添付して下さい。
- ③ 靴型装具の申請の場合は当該装具の写真  
※患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの。以下4点を撮影。  
正面、裏側（正面の反対側）、側面（右、左どちらか）、ロゴ・サイズ・品番等（ある場合）

## 【治療用眼鏡の場合】

- ① 保険医による作成指示書等の写し
- ② 患者の検査結果
- ③ 治療用眼鏡等の領収書（原本）  
※①に検査結果の記載がある場合は、②は提出不要です。

領収書はレシート不可

注 意

（社）ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。  
住所：〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階  
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て  
任意継続者の方は直接、AIG健康保険組合に送付して下さい。

提出先

受付印