

【メール提出不可】

記入例

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 ）	被保険者証の 記号と番号	99 - 99999	被保険者の氏名	健保 太郎		
	事業所の 名称	○△◇ 株式会社	所 属 （ オ フ ィ ス ）	○×オフィス		
	傷病名	腓骨筋腱脱臼	発病又は負傷 の年月日	令和4年4月1日		
	発病又は 負傷の 原因	部活中に走って脱臼した。	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	短下肢装具	装具金額	13,000 円		
	診療を受けた 医療機関等	名称 及び 医師名	○○○整形外科 ○○ 一彦			
	住所 及び 電話番号	〒999-0000 TEL 03-9999-9999 東京都○○区○○町2-2-2				
記 入 欄	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	健保 次郎	続柄（次男）	生年月日	昭平15年1月1日
	本件給付金を上記のとおり申請します。 令和4年4月15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。（※）						
999-0000						
被保険者の住所 東京都○○区○○町2-2-2						
被保険者の氏名 健保 太郎						
AIG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