

【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	被保険者等 記号・番号	—		被保険者の氏名	
	Global ID				
	事業所の名称			生年月日	
	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 <small>※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。</small>
	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(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の氏名	続柄()	家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の生年月日	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。

注 意

領収書はレシート不可

受
付
印

提 出 先

(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。