

【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） 記入欄	被保険者等 記号・番号	99-99999		被保険者の氏名	健保 太郎
	Global ID	1234567			
	事業所の名称	〇△◇ 株式会社		生年月日	〇〇年 〇 月 〇 日
	傷病名	弱視		発病又は負傷の 年月日	〇〇年 〇 月 〇 日
	発病又は負傷の原因	先天性		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	治療用眼鏡		装具金額	25,000 円
	診療を受けた医療 機関等	名称及び 医師名	〇〇眼科 〇〇 一彦		
		住所及び 電話番号	〒999-0000 TEL 03-9999-9999 東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2		
	家族（被扶養者）に 関する請求の場合 家族の氏名	健保 次郎 続柄（次男）		家族（被扶養者）に 関する請求の場合 家族の生年月日	〇〇年 〇 月 〇 日
本件給付金を上記のとおり申請します。 〇〇年 〇 月 〇 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 東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2 被保険者の住所					
被保険者の氏名 健保 太郎					
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。
注 意	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
提 出 先	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
受付印	
(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。	