

【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	リンパ浮腫		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	乳がんの術後		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	弾性スリーブ		装具金額	15,000 円	
	診療を受けた医療 機関等	名称及び 医師名	〇〇病院 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 花子 続柄(妻)		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。

- 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。