理事長	専務理事	事務長	課長	係

療養費支給申請書（補装具）

療養を受けた者	（フリガナ） シカイシ　ハナコ 氏　名 歯科医師　花子	保険者番号	0 0 4 0 3 0 2 2
		記号・番号	9 9 9 9 9 9 0 0 0

療養費（補装具）のご申請をいただく際にご使用ください。
A４サイズの用紙で印刷し、補装具毎にそれぞれ１枚ずつご申請ください。

該当するものに○をつけてください。

診療年月	令和　7　年　7　月	診療日数	1　日	第三者行為（交通事故・傷害等）	1. 有・(2) 無
入院・外来	1. 入院　・(2) 外来	療養期間	令和　7　年　7　月　10　日 から 令和　7　年　7　月　10　日 まで		
保険種別	(1) 国保・退職（本人/(3) 家族） 給付割合（ (7)・8・9 ）	入外区分	1. 本入・2. 本外・3. 六入・4. 六外・5. 家入 (6) 家外 7. 高入一・8. 高外一		

・コルセット等の治療用装具の場合：
（上段）「医証」に記載の装具の着用の必要を認めた日
（下段）「医証」に記載の装具を装着した日
・小児弱視等の治療用眼鏡の場合：
「眼鏡等作成指示書」に記載の作成指示があった日
・弾性着衣の場合：
「弾性着衣等装着指示書」に記載の装着指示があった日

種類	1. 医科　・　2. 歯科　・　3. 調剤　・　4. 柔整　・　(5) 補装具 7. あん摩マッサージ　・　8. はりきゅう　・　9. 移送費　・
傷病名	靭帯損傷
診療を受けた医療機関等の所在地	××市××区×丁目×－×××
診療を受けた医療機関等の名称	○○○整形外科クリニック　機関コード × × × × × × ×
支給申請の理由	装具装着
発病又は負傷の理由	走って転んだ　分からない場合は「不明」

記入例

ご希望の振込金融機関をご記入ください。

振込先	△ △ △　(1) 銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 共同組合	▲ ▲ ▲　本店(所) / 支店(所)		預金種別	(1) 普通 / 2. 当座 / 3. その他（　）
口座番号	× × × × × × ×	金融機関コード	× × × ×	支店コード	× × ×
口座名義人（ｶﾀｶﾅ）※	シカイシ　タロウ				

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点、半濁点は１文字とし、姓と名の間は１字あけてください。

上記のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

（宛先）福岡県歯科医師国保組合理事長　殿　　R7 年　7　月　18　日

申請者（世帯主）
〒 810-××××
住所 ××市×××○丁目○番○号 ××マンション○号
氏名 歯科医師　太郎　印
連絡先 ×××-×××-××××

組合員住所・氏名をご記入の上、ご捺印ください。

※添付書類
・医師が治療上必要と認めたコルセット等を購入したとき
①保険医の証明書（医証）②見積書及び請求書③領収書
・医師が治療上必要と認めた治療用眼鏡を購入したとき
①治療用眼鏡等の作成指示書（または医師の証明書）
②患者の検査結果（①に記載のある場合は不要）③領収書
・医師が治療上必要と認めた弾性着衣等を購入したとき
①弾性着衣等の装着指示書②領収書