

決 裁	理事長	副理事長	事務長	係	納付台帳	台帳照合	受 付
	下記の金額を支給決定してよろしいか						
		決定年月日 令和 年 月 日					
		支払年月日 令和 年 月 日					
金		円					

※黒ボールペン(消えないペン)で太枠内のみご記入ください。

療 養 費 支 給 申 請 書							
被 保 険 者 記 号 番 号	衣 国						
療 養 者 関 係 事 項	療養を受けた 被保険者氏名				組合員との 続 柄		
	療養を受けた者の個人番号 (マイナンバー)						
	傷 病 名				発病・負傷 年 月 日		
	療 養 期 間	年 月 日から			日間		
	年 月 日まで						
	療養の給付を 受ける事が 出来なかった理由						
病院・診療所の所在地 名称及び療養担当者氏名							
傷病・発病の原因		1：第三者行為(交通事故、けんか等)			2：業務上の事故		
		3：その他 ()					
傷病の経過 及び療養内容							
療養に要した費用							
備 考							
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。							
令和 年 月 日							
住 所							
組 合 員 氏 名		ⓐ					
電 話							
個人番号 (マイナンバー)							
大阪衣料品小売国民健康保険組合 殿							

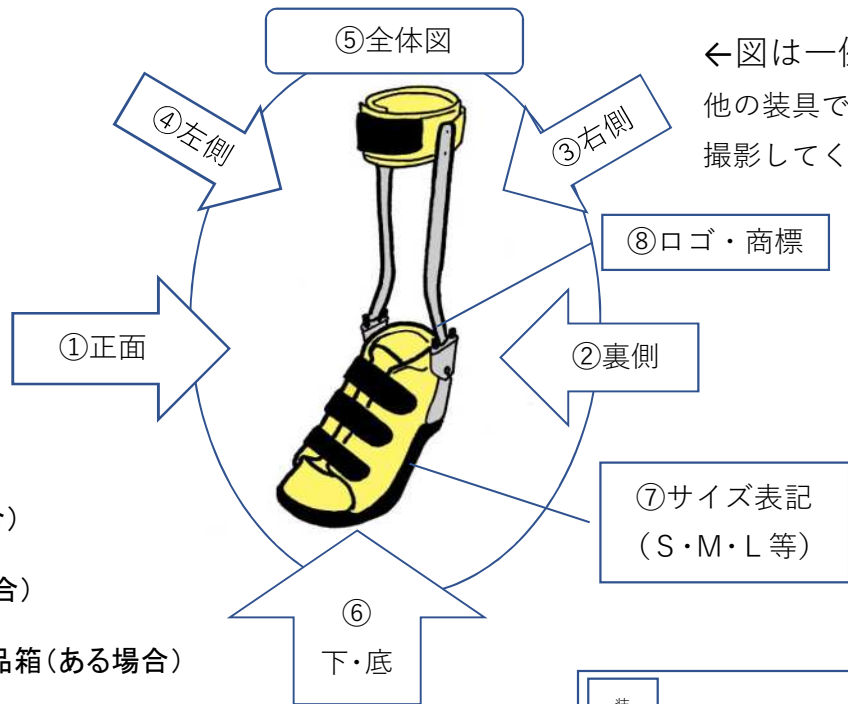
振 込 口 座	金融機関名			支 店		
	種 別	1 普通	2 当座	口 座 名	(カナ)	
	口座番号				(漢字)	

治療用装具の写真について

1. 撮影方法について

切り取り線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」と一緒に、下記の方向、箇所について撮影してください。

- ①正面
- ②裏側(正面の反対側)
- ③右側
- ④左側
- ⑤全体図
- ⑥下・底
- ⑦サイズ表記(ある場合)
- ⑧ロゴ・商標等(ある場合)
- ⑨取り扱い説明書、製品箱(ある場合)



←図は一例です。
他の装具でも同様に
撮影してください。

※右図のように「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」が
治療用装具を隠さないように撮影してください。



2. 撮影した写真を下記のいずれかの方法で提出ください。

ア: 撮影した写真を現像し、申請書類一式と一緒に当組合まで提出。

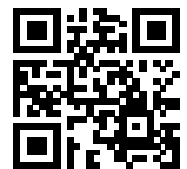
宛先: 〒541-0046 大阪府中央区平野町1-8-13 平野町八千代ビル7階
大阪衣料品小売国民健康保険組合

イ: 撮影した写真のデータを当組合までメールにて提出。(申請書等は郵送してください。)

メールアドレス: ik-27315@luck.ocn.ne.jp

※右のQRコードからも送信可能です。

QRコード



キリトリ

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

被保険者 記号番号	組合員氏名	受診者氏名
衣国		
療養費支給申請書に添付の「意見書及び装具装着証明書」の記載事項		
作製した治療用装具名	装具の作製をすることが決まった日	年 月 日
	装具を装着した日(納品日)	年 月 日