

提出先：アクサ生命健康保険組合（社内便または郵送）

### 療養費支給申請書（治療用装具等）

① 保険証の 記号番号	(記号)	(番号)	② 被保険者	氏名		
				生年月日	昭和 平成	年 月 日
③ 被保険者の 住所および 日中連絡先	〒 ー 日中連絡先 ( )					
④ 治療用装具等を 必要とする者の	氏 名		生年月日		被保険者との続柄	
			昭和・平成・令和 年 月 日			
⑤ 申請理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
⑥傷病名			⑦発病または負傷した日 およびその経過	平成・令和 年 月 日 治療中 ・ 経過観察中 ・ 治癒		
⑧ 装具装着の指示を 受けた医療機関等の	(1) 名称		(2) 医師名			
	(3) 住所					
⑨ 作製または 購入した装具等の	名 称		数 量	⑩ 装具作製または 購入にかかった費用	円	
⑪ 医師の作成または 購入指示年月日	平成・令和 入院 年 月 日 外来		⑫装具装着年月日 または領収年月日 のどちらか早い方	平成・令和 年 月 日		
⑬ 負傷の 原因	1. ケガをした時間帯は、次のうちどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 出勤中・ <input type="checkbox"/> 退勤中） <input type="checkbox"/> 休日（公休日・有給休暇等を含む） <input type="checkbox"/> 勤務・通勤時間外			4. 相手または飼い主の氏名および住所 （不明のときは、その旨）		
	2. ケガをした場所は、次のうちどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（			氏名： _____ 住所： _____		
3. ケガをした原因は、次のうちどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 交通事故によるもの（相手： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）→ 4.へ <input type="checkbox"/> 暴力・喧嘩によるもの → 4.へ <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主： <input type="checkbox"/> 有）→ 4.へ <input type="checkbox"/> スポーツによるもの <input type="checkbox"/> 該当するものなし						
⑭備考	(特記事項があれば記載)					

健康保険証記号番号の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合までご相談ください。

※給与振込口座以外の口座に振込を希望される場合のみ記入してください。被扶養者（家族）名義の口座へはお振込できません。

金融機関名	銀行・農協・信金 その他 ( )	本店・支店 その他 ( )
口座名義 (カタカナで記入)	口座 番号	普通

【添付する書類】※すべて原本（社内便または郵送で健保組合へ提出ください）

受 付 日 付 印

- 「装着が傷病の治療のため必要と認められる」医師の証明書
- 内訳の記載のある領収証

※内訳の記載がない場合は、請求書等を合わせて添付してください。