

- 申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。
- A4片面で印刷ください。

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、ご遺族の情報をご記入ください。

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書等で確認し、ご記入ください。なお枝番の記入は不要です。

出向されている方は原籍の会社名をご記入下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	1 2	番号	3 4 5	事業所名(会社名)	×××株式会社
	被保険者等記号・番号(右づめ)					
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年 ××月 ××日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	○○	都道府県	○○市○○町 1-2-3	
電話番号(日中の連絡先)	TEL 090 (××××) ××××					

振込先指定口座(申請者又は代理人)	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑ 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。	
	金融機関名称	○○○○ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他( ) 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	1. 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号(右づめ) 1 1 2 2 3
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。) ケンポ° タロウ	
口座名義の区分	1. 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人 <input type="checkbox"/> 2の場合は下欄を記入	

振込先の口座は原則被保険者の口座になります。また、被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、ご遺族の口座情報をご記入ください。

この欄は原則記入不要です。事業所(会社)が給付金を代理で受け取る場合等においては、この欄をご記入のうえ、上記振込先口座欄も代理人の口座情報をご記入ください。

代理人の欄	被保険者(申請者)	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	住所(フリガナ)	氏名	委任者と代理人との関係
	受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

<備考>  
※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

(R6.12)  
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

詳細内容が不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。ただし、ケガの場合は「いつ」「どこで」「何をしているときに負傷したのか具体的にご記入ください。

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)						
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	健保 一郎	続柄	長男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX 年 XX 月 XX 日	
	2 傷病名	右膝前十字靭帯損傷		3 発病または負傷年月日	昭和 平成 令和	5 年 5 月 1 日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)	2 1. 病気 2. ケガ	(原因および経過) 学校の部活(バスケットボール)の練習中、着地した際に足をひねって転倒。負傷した。病院にて装具を作成し、リハビリ中。					
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇整形外科	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 9-8-7		診療した医師等の氏名 伊志野 一郎	
	6 診療を受けた期間	令和 5 年 5 月 1 日 から 令和 5 年 5 月 30 日 まで			診療日数	5 日		
	7 装具等の装着について指示を受けた日	令和 5 年 5 月 6 日		8 装具装着日	令和 5 年 5 月 11 日			
	9 装具購入費用	15,000 円			小児弱視等の治療用眼鏡、弾性着衣の購入による申請の場合は領収書の日付をご記入ください。			
	10 診療の内容	レントゲン撮影、薬の処方の後、膝の保護・リハビリのため装具の作成を指示された。						
	11 工作中、通勤途中、または第三者行為によるものですか	2 1. はい 2. いいえ	第三者行為とは、自動車事故や不当な暴力など、第三者(他者)による加害行為のことを指します。					
	12 療養費の支給申請の理由	5	5. 治療用装具を作成したため					

## ■ 添付書類

### ● 装具(コルセット)を作成した場合

- ① 領収書および内訳明細書(原本)
- ② 医師の証明書または装着指示書(原本)
- ③ 靴型装具の場合、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。

装着したうえで正面、背面から撮影してください。

### ● 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを作成した場合

- ① 領収書(原本)
- ② 医師の作成指示書(写し)
- ③ 検査結果(原本)

※②に検査結果の記載がある場合は不要。

### ● 四肢のリンパ浮腫等の治療のための弾性着衣等を購入した場合

- ① 領収書(原本)
- ② 医師の装着指示書(原本)

※装着部位、手術年月日、着圧支持等が記載されているもの。

※「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由が「特記事項」に記載されている事。