

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
 家族 立替払・治療用装具・海外

1 被保険者等 記号 987 番号 654 生年月日 昭平令 〇年 〇月 〇日

2 氏名・印 ケンポ タロウ 健保 太郎 **3** 印 一 自署の場合は押印を省略できます。

住所 〒 110-0000 東京 墨田区〇〇 x-x 電話番号 090 1234) 〇〇〇

事業所名称 (株) 〇〇〇〇 受領委任 (チェック必須) 在職中の給付金は事業主経由で受領します。

当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合）下記振込先をご記入ください。

4 振込先金融機関名称 銀行・金庫・信組 農協・その他 () 預金種別 普通・当座・その他 ()

口座番号 支店・本店・出張所 その他 () 口座名義 被保険者・申請者

口座名義 口座名義区分 被保険者・申請者

申請者 被保険者死亡により口座名義が被保険者と異なる場合のみご記入ください。 申請者 (口座名義人) 住所 〒 () 電話番号 (日中の連絡先) ()

氏名・印 (印) 被保険者との関係 ()

5 受診者 (どちらが) 被保険者 家族 (被扶養者) 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ

家族の場合はその方の 氏名 生年月日 昭平令 年 月 日 続柄 ()

傷病名 両偏平足 発病又は負傷年月日 平令 年 月 日 続柄 ()

発病又は負傷の原因及びその経過 (付加の場合は、どこでどのように負傷されたか) 原因 不明 経過 良好

診療を受けた病院等 名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都台東区△△ x-x 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇

診療期間 (支給期間) 平令 〇年 8月 5日 から 平令 〇年 8月 5日 まで 日数 1 (日)

7 上記期間に入院していた場合はその期間 平令 年 月 日 から 平令 年 月 日 まで 日数 (日)

療養に要した費用 x,xxx 円 診療の内容 装具の装着

療養の給付を受けることができなかった理由 装具製作所が保険契約なきため

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。 受付日付印

マイナンバー記入欄 被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。） ※振込先は在職中の方は記載不要です。

- 被保険者等記号・番号は、マイナ保険証又は、資格情報のお知らせ、資格確認書、保険証でご確認ください。
- 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）
- 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。
- 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 診療期間には、装具を購入された日をご記入ください。（「領収書」の日付をご確認ください。）

添付書類

装具の種類	添付書類 1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類 2（共通）	添付書類 3
治療用装具	装具作製（装着）指示書の原本 又は意見書、証明書等の原本	領収書の原本 患者名、装具の名称、種類、内訳別の費用額が記載されているもの	※靴型装具の写真(原本) ※足底装具は裏・表の写真(原本)
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書の原本		—
小児弱視等の治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書の原本		—