健康保険 被保険者 家族 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

【※立替払等の申請書は別用紙となります。】

被保険者 申請者 情報			
被保険者等の（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

振込先指定口座 被保険者口座				
金融機関 ｺｰﾄﾞ・名称	銀行ｺｰﾄﾞ： 名 称：	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	支店ｺｰﾄﾞ： 名 称：	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。	
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（゜）は1字としてご記入ください。）		口座名義の区分	1．申請者 2．代理人

「２」の場合は必ず記入してください。

受取代理人 健保口の欄		
被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（健保口情報）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、
正しい内容を記入し、被保険者氏名（フルネーム）を記入してください。
修正液（テープ）等を使用しないでください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

本申請に関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関（医療機関・前加入保険者等）へ調査することを同意いたします	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 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	

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名（フルネーム）を記入してください。修正液（テープ）等を使用しないでください。

申請内容

1 受診者	□ 1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）	取得日または認定年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	平・令　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 1. 病気　2. ケガ　※ケガの場合➡**負傷原因届を併せてご提出ください。** （原因および経過）		
5 装具作成の診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間	□ 平成 □ 令和　年　月　日 から 年　月　日 まで	日数	日
7 装具等の装着について指示を受けた日	□ 平成 □ 令和　年　月　日	8 装具装着日	□ 平成 □ 令和　年　月　日
9 療養に要した費用の額	円	10 装具購入日（領収書の日付）	□ 平成 □ 令和　年　月　日
11 診療の内容			
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		

申請時に右記の書類を添付してください。 ※添付を確認し、チェックしてください。	治療用装具	小児弱視等の治療用眼鏡
	□ 1. 医師の証明書・意見書（原本） □ 2. 装具購入の領収書および明細書（原本） □ 3. 購入した装具の写真（※弾性装具の場合は不要）	□ 1. 保険医の作成指示書等および検査結果（写） □ 2. 眼鏡購入の領収書（原本）

装具写真添付台紙

記号		番号		被保険者氏名		受診者氏名	

①購入した現物の装具を撮影し、撮影した画像を印刷して下記に貼り付けてください。
（撮影方法は対象者が装着している状態でなく、現物を置いた状態での撮影で構いません）
②療養費支給申請書に添付し、当組合へご郵送ください。

※小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズ、弾性着衣（ストッキング等）については画像の添付は不要です。
※既製品の場合は、『ロゴ』『商標』『メーカー』『サイズ』等の表記が確認できる箇所も撮影してください。
※台紙が不足する場合は、複数枚ご用意いただき添付してください。

【撮影した装具の画像データをメールで送信される場合】 ※療養費支給申請書は別途郵送での提出が必要です。

件名に**「被保険者等の記号ー番号、被保険者氏名」**を記載のうえ、下記アドレスに送信してください。

sougu@sign-ad-displaykenpo.or.jp

写真添付