

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(治療用装具)
家 族

被保険者(申請者)記入用

1 被保険者等の (右づめ)	記号	番号	生年月日
	2 2 7	3 5 0	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 4 8 4 5
	2 氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎		
住所 (〒 332 - 0035) 埼玉 川口市西青木			3 電話番号 (日中の連絡先) TEL 048 (258) ΔΔΔΔ 〇-〇-〇

4 振込先指定口座 (被保険者口座)	金融機関 名称	銀行コード	支店コード	本店	支店
	名 称: 埼玉りそな	0017	357	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	預金種別	1. 普通	3. 別段	口座番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1
口座名義		ケンポ タロウ		口座名義 の区分 1	

5 受取代理人 (健保口)の欄	被保険者 (申請者)	氏名	住所
	事業所指定口座(健保口)への振り込みを 指定される場合は、こちらへご記入ください。		
	代理人 (健保口情報)	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	6 健保 太郎	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄			

- 1 記号・番号は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)に記載されています。枝番の記入は不要です。(資格喪失後で不明な場合は空欄のままでも可)
- 2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の情報をご記入ください。
- 3 日中繋がる電話番号をご記入ください。
- 4 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の振込先口座をご記入ください。
※給付金の受取は、被保険者または会社の口座(受取代理)のみとなります。
- 5 受取代理人の欄に記入の場合、当組合から会社の口座へ振込となりますので
後日会社からの受取です。
- 6 被保険者氏名をご記入ください。

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者氏名(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。

療養費支給申請書（治療用装具）記入例

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 / 給付課03-3576-3511②

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)
家 族

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

※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	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	7 取得日または認定年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	24年4月1日
	1-①家族の場合はその方の氏名	健保 健太	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	12年3月3日
	2 傷病名	右膝半月版損傷	8 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平/令 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	29年4月5日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	9 学校の部活動(バスケット)中に、急な反転(自損)をした際に負傷。			
	5 装具作成の診療を受けた医療機関等の名称	10 鳩ヶ谷総合病院	所在地	川口市南鳩ヶ谷◇一◇	診療した医師等の氏名 下河 健
	6 診療を受けた期間	11 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	29年4月5日 から 29年4月6日	日まで	日数 2 日
	7 装具等の装着について指示を受けた日	12 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	29年4月6日	13 装具装着日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 29年4月8日
	9 療養に要した費用の額	14 15,600 円	※装具購入代金を記入ください。	15 装具購入日(領収書の日付)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 29年4月8日
	11 診療の内容	※どのような診療を受けたかを記入ください。			
	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			

- 7 取得日および認定年月日は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)に記載されています。
- 8 発病または負傷年月日はだいたいの日付で構いません。分からなければ不詳とご記入ください。
- 9 **ケガ(骨折、打撲、損傷等の外傷性のもの)**は、別紙『**負傷原因届**』を記入し、添付してください。
- 10 医療機関名所・住所欄が足りない場合は、詰めてご記入いただいて構いません。
- 11 受診した日付をご記入ください。だいたいの期間で構いません。
- 12,13 それぞれ医師の証明書・意見書に記載されています。
- 14 添付する装具購入の領収書の金額をご記入ください。
- 15 添付する装具購入の領収書に記載されている日付をご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、被保険者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者氏名(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。

【添付書類】

治療用装具	<ol style="list-style-type: none"> 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(ストッキング等)	<ol style="list-style-type: none"> 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)
小児弱視等の治療用眼鏡	<ol style="list-style-type: none"> 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)
対象者が当組合に加入して3年未満の場合	別紙: 健康保険加入記録及び給付記録の照会について

申請時に上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
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 医師の証明書・意見書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 装具購入の領収書および明細書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 3. 購入した装具の写真(※弾性装具の場合は不要)	<input type="checkbox"/> 1. 保険医の作成指示書等および検査結果(写) <input type="checkbox"/> 2. 眼鏡購入の領収書(原本)