

# 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		立替払・治療用装具	
1 被保険者等	記号 <b>0000</b> 番号 <b>654321</b>	②生年月日	昭・平・令 <b>××</b> 年 <b>×</b> 月 <b>×</b> 日
	(フリガナ) <b>ザンギョウ タロウ</b>		
2 氏名(申請者)	<b>産業 太郎</b>		
4 住所(申請者)	〒 <b>105 - 0014</b> <b>東京</b> (都) 道 <b>港区△△○-○-○</b>	⑤電話番号 (日中の連絡先)	<b>090 (××××) ××××</b>
⑥事業所名称	<b>(株) □□□□</b>		
⑦療養費の決定をすることになり、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答をすることに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。		被保険者氏名 (申請者氏名)	<b>産業 太郎</b>

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

⑧受診者(どちらかに)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑩発病又は負傷年月日	昭・平・令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日
⑩家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )
⑪傷病名	<b>両足偏平足</b>		
⑫発病又は負傷の原因(詳し)	<b>業務外・業務上・通勤途上</b> (何をしていて)	<b>不明</b>	
⑬傷病の原因に相手かまらず(交通事故や火災等)	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。(過失割合に応じて組合から相手に請求します。加害者から組合員担当の治療費を受け取っている場合は、療養費の請求はできません。)		
⑭診療を受けた病院等	名称 <b>〇〇整形外科</b>	⑮診療した医師の氏名 <b>〇〇 〇〇</b>	
⑯診療期間(支給期間)	昭・平・令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>5</b> 日から 昭・平・令 <b>31</b> 年 <b>4</b> 月 <b>5</b> 日まで (日数 <b>1</b> 日)		
⑰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)		
⑱療養に要した費用	<b>×,×××</b> 円	⑲診療の内容 <b>装具の装着</b>	
⑳療養の給付を受けることができなかった理由(該当するものに)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証、資格確認書等を持っていないため(理由 ) <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険者(国民健康保険等)の資格で医療機関を受診したため <input checked="" type="checkbox"/> 医師の指示により治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 医師の同意を得て鍼灸・マッサージ施術をしたため <input type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診したため (理由 ) <input type="checkbox"/> その他 (理由 )		

※ 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」の提出が必要です。

委任状	6 被保険者(申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。	令和 <b>元</b> 年 <b>5</b> 月 <b>10</b> 日
	氏名	<b>産業 太郎</b>	
在籍者の方は委任状が必要です。	⑳受任者(事業所)	受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。	
	氏名	<b>(株) □□□□ 代表取締役 △△ △△</b>	

7 備考

㉑社会保険労務士の提出代行者名記載欄

訂正する場合は、訂正箇所にも二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

- 1 記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかでご確認ください。
- 2 被保険者が亡くなられて、法定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。(住所も同様です。)
- 3 ⑬欄で「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を一緒に提出してください。(第三者の行為による傷病届は当組合のホームページよりダウンロードできます。また当組合から郵送もできますのでご連絡ください。)
- 4 診療期間には、医師より装具等の装着が必要(指示)とされた日をご記入ください。(医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。)
- 5 ⑳欄は、療養の給付を受けることができなかった理由に○を付け、下記の〈添付書類〉を参考に書類を添付してください。
- 6 在籍中の方は全て事業所への委任払いになるため、委任状の⑳欄には被保険者の署名または記名をし、㉑欄は事業所が署名または記名をしてください。受任者氏名は当健康保険組合に提出している給付金振込依頼書と同一にしてください。また、事業所を辞められた後の申請の場合は事業所への委任払いのほか、個人口座へお支払いも可能です。申請書の余白部分に、被保険者(申請者)名義の口座で金融機関名・支店名・種別(普通・当座)・口座番号・口座名義(フリガナ)をお書きください。(個人口座へお支払いを希望される場合は委任状は不要です。)
- 7 被保険者等の記号番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、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。)

## 添付書類

装具の種類	添付書類1(医師の証明)	添付書類2(共通)	添付書類3
治療用装具 義肢※1 弾性着衣等※2	<b>装具作製(装着)指示書 又は意見書、証明書等の原本</b>	<b>領収書の原本</b> 患者名が記載されているもの <b>内訳</b> 装具の名称、費用の内訳が記載されているもの	<b>靴型装具の写真</b> 靴型装具(インソールのみ作成した場合は除く)を作成した場合、当該装具の写真(正面・側面・真上からの写真をそれぞれ装着する方のマイナ保険証もしくは資格確認書等と一緒に撮影したもの)※靴型装具以外でも写真を添付していただく場合があります。
小児弱視等の治療用眼鏡等	<b>眼鏡等作成指示書</b>		—

※1 症状固定前の治療上必要な練習用のみ対象

※2 リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療で使用されるものが対象

※3 9歳未満の小児で「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」の為に作成したものが対象