

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

3

4

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。		生年月日	年	月	日
		記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)						
住所	(〒 -) 都 道 府 県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

受取代理人の欄	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 (口座名義人)		(〒 -)	住所	氏名			

振込先指定口座	在職中の方は原則、受取代理人(お勤めの事業所)への委任払いとするため記入不要。						
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()			本店 支店 出張所 本所 支所		
預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座番号	<input type="text"/>				左づめでご記入ください。
口座名義	<input type="text"/>					カタカナ(被保険者名義の口座に限る) (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。)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

3

4

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	① 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
	①-2 家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	② 傷病名	③ 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 令和 年 月 日
	④ 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。
	⑤ 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	⑥ 装具作製の目的	<input type="checkbox"/> 1. 痛み・症状の緩和 <input type="checkbox"/> 2. 患部の固定・矯正 <input type="checkbox"/> 3. 日常生活の利便性 <input type="checkbox"/> 4. 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()
	⑦ 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	⑦-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	⑧ 装具購入に要した費用の額	<input type="text"/> 円
	⑨ 診療の内容	<input type="text"/>
	⑩ 装具等の装着について指示を受けた日	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>
⑪ 装具装着日	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>	

「申請者記入用」は3ページに続きます。>>>

靴型治療用装具等 画像貼付台紙

※ 購入された装具について撮影し、この専用台紙に貼り付けて提出してください。(装具が複数ある場合は1装具ごとに提出してください。) 靴型装具以外にも装具の仕様が確認できない場合は提出をお願いすることもあります。

装具の 情報	作製した装具名	<input type="checkbox"/>	1. オーダーメイド
	メーカー名	製品名	2. 既製品

① ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等 (ある場合のみ)

② 正面

③ 兩側面

④ 底面

必要書類一覧 兼 チェックリスト

各提出書類の「確認事項」を確認いただき、申請者チェック欄に☑をつけてください。
 全ての申請者チェック欄に☑がついていることを確認いただきご申請願います。
 なお、医療機関からの診療内容と照らし支給を行うため、申請内容に相違がある場合は申請書を返却いたします。

	提出書類名称	確認事項	申請者 チェック欄	健保 使用欄
1	療養費支給申請書	① 被保険者記入欄がすべて記入されている ② 労災・通勤災害・第三者行為には該当しない	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	医師の証明書 (原本) ※ 治療用眼鏡、義眼、弾性着衣 に関しては⑤を除く	1. 以下の項目が記載されている ① 受診者の氏名、生年月日、傷病名 ② 医療機関等の名称、所在地、担当医師名 ③ 治療用装具の装着が必要であると指示を受けた日 ④ 医師が作製等を指示した治療用装具の名称 ⑤ 医師が治療用装具の装着(適合)状態を確認した年月日 2. 前回と同様の装具を作製した場合 耐用年数を経過している	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	作製した装具の領収書 (原本) ※ 健保から給付を受けた後、 市区町村へ医療費助成の 申請を行う場合「領収書の コピー」が必要となります。 必ず、ご自身でコピーを 取ってからご申請ください。	1. 以下の項目が記載されている ① 領収年月日 ② 装具を使用する者の氏名 ③ 購入した治療用装具 ④ オーダーメイド又は既製品の別 (既製品の場合は、メーカー名・製品名が必要) ※ 治療用眼鏡、弾性着衣、義眼は除く ⑤ 料金明細 (内訳別に名称、採寸・採型区分、種類、価格等) ⑥ 治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名 ※ 治療用眼鏡、弾性着衣、義眼は除く 2. 領収年月日の翌日から2年以内の請求である	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	作製した靴型装具の画像 ※ 靴型装具以外でも仕様が わからない場合はご提出 いただく場合があります。	画像添付台紙に以下の画像を貼付している ① ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等 ② 正面 ③ 両側面 ④ 底面	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>