

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者証の記号・番号		③ 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日				
①	②		昭和	年	月	日	平成		
⑤ 被保険者(申請者)の住所		都 道 府 県			電話 番 号				
〒									
事業所の	⑥ 名 称	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者		⑦ 所 在 地	※任意継続・特例退職被保険者の方は記入不要です				
療養が被扶養者に関するときは、その方の		⑧ 氏 名	⑨ 生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	⑩ 被保険者との続柄
⑪ 発病または負傷の原因およびその経過		※ いつ、どんな時に、どのような発病・負傷をしたのか等、くわしく記載してください。 例) 休日サッカーをされていて転倒し、足を骨折した。							
⑫ 傷 病 名					⑬ 発病または負傷年月日 (療養開始日)		⑭ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」のときは第三者行為の傷病届を提出してください		
⑬ 診療を受けた 病院等		⑮ 名 称	⑯ 診療した医師氏名						
		⑰ 所在地							
⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 現物給付が受けられなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()							
⑲ 医療費の助成について		<input type="checkbox"/> 受けている(名称: 助成期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)							
		<input type="checkbox"/> 受けていない							

⑳ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融 機 関		銀行 信用金庫 信用組合 農 協 労働金庫	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)					
			<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座)	口座番号(数字7ケタ)					
		本店 支店 出張所	店番号(3ケタ)	<input type="checkbox"/> 当座					

添付書類

1. 医師が治療用装具を必要と認めた同意書等(原本)

- ・医療機関等が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」
- ・弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」
- ・小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」

2. 治療用装具の領収書(原本)

- ・装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額が記載された領収書
- ※靴型装具の申請には、平成30年4月購入分から当該装具の写真(患者が実際に装着し、かつ現物であることが確認できるもの)を添付してください。

令和 年 月 日 提出

.....
受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--