

記入見本

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) ケンポ タロウ	④ 被保険者の生年月日			
① 1 2 3	② 4 5 6 7	健保 太郎		昭和 平成	年 5 5	月 5	日 5
⑤ 被保険者 (申請者) の住所		東京 都道府県 目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇				電話番号	
〒 0 1 2 - 3 4 5 6	⑥ 事業所の名称 (株)〇〇〇〇〇〇		⑦ 所在地	品川区〇〇〇-〇〇-〇〇			
療養が被扶養者に関するときは、その方の		⑧ 氏名 健保 花子	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	56 年 1 月 1 日		⑩ 被保険者との続柄 妻
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) 休日サッカーをしていて転倒し、足を骨折した。 スノーボードで滑走中、リフトの支柱に激突した。					
⑫ 傷病名		右足大腿骨骨折		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 checked="" 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		
⑮ 診療を受けた病院等		⑮ 名称 山岳病院	⑯ 診療した医師氏名		〇×先生		
⑰ 所在地		長野県山岳市1-2-3					
⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由		<input checked="" 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 checked="" 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	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	信用組合	農協	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座) <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(数字7ケタ)			
	労働金庫	本店		支店	出張所	店番号(3ケタ)	

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 0 年 0 月 0 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--