

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

(弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)

被保険者(申請者)情報
被保険者証の(右づめ) 記号 番号 生年月日 昭和 平成
氏名 (フリガナ)
住所 電話番号 (日中の連絡先)
本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

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 (フリガナ) 氏名
委任者と代理人との関係

事業主へ委任の場合：健保組合へ登録してある口座への入金の場合には、下記は記載不要

振込先指定口座
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 出張所 本所 支所
農協 漁協
その他()
預金種別 1.普通 3.別段 口座番号 左づめでご記入ください。
2.当座 4.通知
口座名義 ▼カタカナ(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。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保組合使用欄

受付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

(弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)

被保険者氏名

| | | | | | |
|----------------|---------------------------------|--------------------------|---|----------------|---------|
| 申請内容 | 1 受診者 | <input type="checkbox"/> | 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者) | | |
| | 1-①家族の場合はその方の | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 2 傷病名 | | 3 発病または 負傷年月日 | 令和 | 年 月 日 |
| | 4 発病の原因および経過 (詳しく) | <input type="checkbox"/> | (原因および経過) 1. 病気 () 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 | 所在地 | 診療医師の氏名 | |
| | | 名称 | 所在地 | 診療医師の氏名 | |
| | 6 診療を受けた期間 | 令和 年 月 日 | から | 令和 年 月 日 | まで 日数 日 |
| | 6-①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間 | 令和 年 月 日 | から | 令和 年 月 日 | まで 日数 日 |
| | 7 装具等の装着について 指示を受けた日 | 令和 年 月 日 | 8 装具装着日 | 令和 年 月 日 | |
| | 9 療養に要した費用の額 | 円 | | | |
| | 10 診療の内容 | | | | |
| 11 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 | | | |

「申請者記入用」は、「装具確認書」「装具写真」に続きます。>>>

必要な添付書類 (確認のために口におに☑をお願いします)

領収書 (装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳の費用額、義肢装具士の氏名又は印が記載されたもの)

医師の意見および装具装着証明書 (弾性着衣等および小児弱視等の治療用眼鏡等除く)

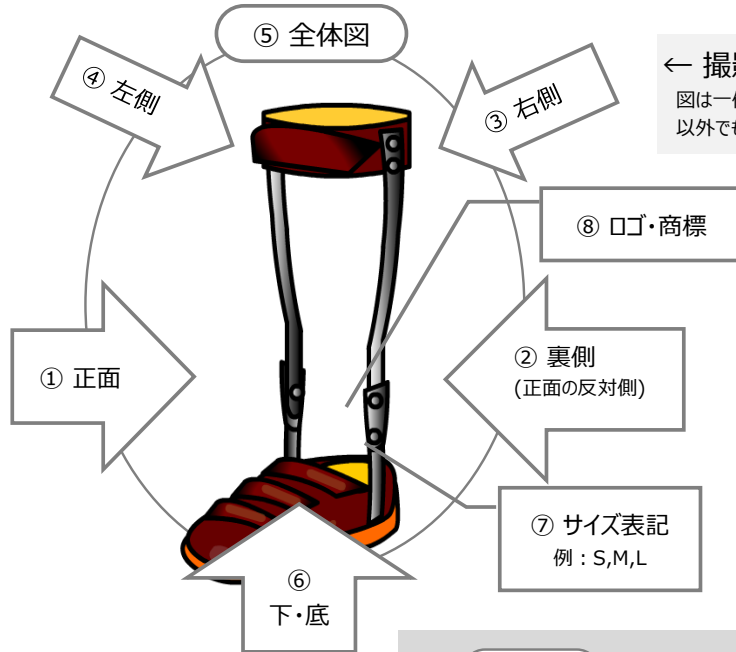
ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名 (サイン) をご記入ください。

治療用装具の写真について

(1) 撮影方法について

▶ 切り取り線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」とともに、下記の方向 及び 箇所について撮影して下さい。

- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）

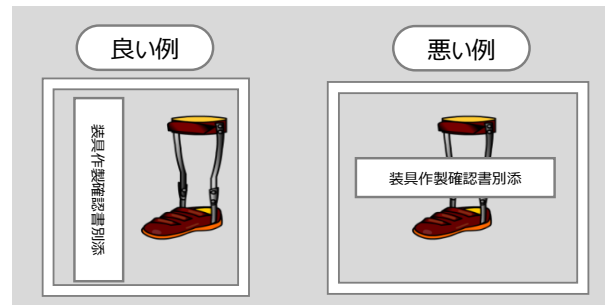


← 撮影方法の例

図は一例です。足の装具や靴型装具以外でも同じように撮影して下さい。

【ご注意】

「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。



(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真をカラープリントし、健康保険組合まで提出（療養費支給申請書に添付）

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス：gyoumu1@kana-pura.or.jp

（事務担当者経由でお願い致します。）



装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

| | | |
|--|-------------------|----------|
| (1) 記号-番号 | (2) 被保険者名 | (3) 受診者名 |
| - | | |
| (4) 療養費支給申請書に添付の「意見書 及び 装具装着証明書」に記載の事項 | | |
| ① 作製した治療用装具名 | ② 装具を作製することが決まった日 | 年 月 日 |
| | ③ 装具を装着した日（納品日） | 年 月 日 |