

被保険者  
家 族

## 療 養 費 支 給 申 請 書 (装 具)

被 保 険 者	記号		番号		枝番	00	事業所名	
	フリガナ						【被保険者】	〒 電話
	氏名						住 所 連絡先	
健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。								

療 養 の 内 容	受診者氏名				枝番		生年月日	年 月 日			
	傷病名 ※注 <sup>1</sup>	1)						傷 病 コ ー ド			
		2)									
		3)									
	※注 <sup>1</sup> 傷病名が外傷の場合、負傷原因届を併せて提出してください。									負傷原因確認 <input type="checkbox"/>	
	発病・負傷日	令和	年	月	日	第三者行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	発病又は負傷 の原因・経過										
	医療機関	名称									
		所在地									
		医師名									
	装具名称							小児眼鏡・弾性着衣・既製品			
	指示日	令和	年	月	日	治療用装具の金額		円			
	支払日	令和	年	月	日	基準価格（上限）		円			
前回指示日		年	月	日	耐用・使用 年数		年 ヶ月				
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療用装具を購入				<input type="checkbox"/> その他 [ ]						
備考											

### <申請にあたっての注意事項>

- ・申請書は装具ごとに作成してください。
- ・治療用眼鏡の申請対象は9歳未満の小児に限ります。

### <添付書類>

- ・治療用装具製作指示装着証明書（原本）または弱視等治療用眼鏡作成指示書（原本）
- ・領収書（原本 ※内訳が記載された別紙明細書等がある場合は併せて添付）
- ・負傷原因届（怪我をした方のみ）
- ・装具の写真（「靴型装具」の場合のみ）

### <支給方法>

- ・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
- ・健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を添付してください。

被保険者  
家 族

## 療 養 費 支 給 申 請 書 (装 具)

被 保 険 者	記号	9999	番号	9999	枝番	00	事業所名	(株)健保企画
	フリガナ	ケンボ タロウ					【被保険者】	〒 220-0004 電話 090-0000-0000
	氏名	健保 太郎					住 所 連絡先	横浜市西区北幸〇 - 〇〇 - 〇〇
	健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。							

療 養 の 内 容	受診者氏名	健保 康子		枝番	01	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	傷病名 ※注 <sup>1</sup>	1) 右足関節捻挫						傷 病 コ ー ド				
		2)										
		3)										
	※注 <sup>1</sup> 傷病名が外傷の場合、負傷原因届を併せて提出してください。								負傷原因確認 <input type="checkbox"/>			
	発病・負傷日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		第三者行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	発病又は負傷 の原因・経過	歩いていたら段差に引っかかり、地面に足をついたときに捻って負傷した。										
	医療機関	名称	総合健保病院									
		所在地	横浜市西区南幸〇-〇-〇〇									
		医師名	医師 幸子									
	装具名称	短下肢装具						小児眼鏡・弾性着衣・既製品				
	指示日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		治療用装具の金額		〇〇, 〇〇〇 円						
	支払日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		基準価格（上限）		円						
	前回指示日	年 月 日		耐用・使用 年数		年 ヶ月						
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を購入		<input type="checkbox"/> その他 [ ]									
備考												

### <申請にあたっての注意事項>

- ・申請書は装具ごとに作成してください。
- ・治療用眼鏡の申請対象は9歳未満の小児に限ります。

### <添付書類>

- ・治療用装具製作指示装着証明書（原本）または弱視等治療用眼鏡作成指示書（原本）
- ・領収書（原本 ※内訳が記載された別紙明細書等がある場合は併せて添付）
- ・負傷原因届（怪我をした方のみ）
- ・装具の写真（「靴型装具」の場合のみ）

### <支給方法>

- ・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
- ・健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を添付してください。