

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					〒	電話
	氏名					【被保険者】 住 所 連 絡 先	
<input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。(希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) <small>※公金受取口座はマイナポータル等で登録・変更できます。口座情報が取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。</small>							

療 養 の 内 容	受診者氏名		枝番		生年月日	年	月	日		
	傷病名 ※注 ¹	1)						傷 病 コ ー ド		
		2)								
		3)								
	※注 ¹ 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	
	作成指示日	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			
前回作成日		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>

- ・装具作成指示書(原本) ・装着確認書(治療用眼鏡は添付不要)
- ・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	ケンポ 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
<input type="checkbox"/> 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。(希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください) ※公金受取口座はマイナポータル等で登録・変更できます。口座情報が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 ¹	1) 右足関節捻挫				傷病 コード	
	※注 ¹ 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	
	作成指示日	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				
前回作成日	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>

- ・装具作成指示書(原本) ・装着確認書(治療用眼鏡は添付不要)
- ・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。