

記入例

受付印

支給期間	令和 年 月 日 ~	支給決定伺		
	令和 年 月 日 日間	令和 年 月 日決定	常務理事	事務長 担当者
算出額	(注)この申請書は、治療用装具(コルセットや治療用眼鏡など)を作製した際に医療費を申請する用紙です。 保険証不携帯や誤使用、はりきゅう・あんまマッサージの申請は別の用紙となります。			
支給額				

該当しない部分を消してください

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (治療用装具等)

被保険者自署の場合は捺印省略可

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。
 ◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。
 ◎消せるボールペンで記入した場合は書き直してください。

被保険者証の記号番号	10000 1234567	被保険者の氏名	麒麟 太郎		
受診者氏名	麒麟 太郎	受診者生年月日	昭和 平成 令和	50年 5月 5日	続柄 本人
傷病名	左アキレス腱断裂	発病または負傷の年月日	令和 3年 5月 18日		
発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <原因および経過を詳しく記入> 【発病の原因や経過について詳しくご記入ください】 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ → 「負傷原因届」を併せて提出すること 「負傷原因届」に詳しく記載してください				
第三者による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること	業務上または通勤途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
装具装着の指示を受けた日	令和 3年 5月 19日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	装具装着日	令和 3年 5月 22日	
治療用装具の金額	23,900 円				
上記に関する請求金の受領を		事業主記載欄		に委任します。	
令和 3年 5月 26日					
被保険者		住所 東京都港区中央港 9-6-1			
		氏名 麒麟 太郎			

麒麟ボール健康保険組合御中
【添付書類(要原本)】

添付書類が必要です！
確認してください。

事業所担当者印

◆装具	1. 治療用装具装着指示書 2. 領収書およびその内訳 3. 負傷原因届 4. 装具作製確認書 5. 装具の写真
◆治療用眼鏡(9歳未満)	1. 弱視等治療用眼鏡等作成指示書 2. 領収書およびその内訳(子の名前の記載あり)
◆弾性ストッキング等	1. 弾性着衣等装着指示書 2. 領収書およびその内訳(金額、枚数等)

調査印

南

(注)日常生活の利便性のために作成したもの、職業上の必要性から作成したもの、美容目的で作成したものは支給対象外です。
 また、長期にわたり使用する装具は健保の支給対象とならないことがあります。(障害者の方は障害者総合支援法による補装具の支給対象となる場合がありますので、作成する前に市区町村等へご確認ください。)

備考欄

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
 ・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください
- ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。