

健康保険 被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書 (治療用装具)

被保険者	被保険者証	記号	被 保 険 者 氏 名
		番号	

下記のとおり療養費の支給を申請します

申	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: _____ 続柄: _____)	
	傷病名	発病または負傷年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
請	発病または負傷の原因及びその経過		
	診療を受けた医療機関等	名称 _____ 所在地 _____	診療した医師等の氏名 _____
内	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
	装具等の装着について指示を受けた日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	装具装着日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
容	療養に要した費用の額	_____ 円	第三者行為によるときはその事実 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する …別途届出が必要です
	療養費の支給申請の理由	1. 医師の指示により治療に必要な装具を作成したため 2. 弱視等治療用の小児眼鏡・コンタクトレンズを作成、購入したため (9歳未満のみ) 3. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣を購入したため (弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブなど)	

※保険証の記号が「1300」の方や、請求時に退職されている方は①振込先をご記入ください。(ゆうちょ銀行の取り扱いはありません)

上記以外の方は、事業所経由で支給されますので、②委任状欄へご記入ください。

① 振込先口座	金融機関名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 組合 <input type="radio"/> その他 (_____)	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 支所	預金種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号	_____ (フリガナ) _____ 口座名義 _____		口座名義の区分	1. 申請者 2. 代理人
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。					
② 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。			令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	被保険者 (申請者)	住所	氏名		

- 添付書類 (1) 医師の『意見および装着証明書』(原本)
 (2) 装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された『領収書』(原本)
 (3) 検査書(小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズの場合)
 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写し
 (4) 『療養費支給 写真貼付用台紙』当該写真を貼付して提出。(但し、弾性着衣・小児用眼鏡等は写真不要)※別紙

【注】「療養費」が支給されるのは、医師が治療のために必要と認め、医師の証明書に基づいて作成した装具に限ります。

【被保険者のマイナンバー記載欄】※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

- マイナンバーで申請の場合: 1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
 2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印