

健康保険 被保険者家族療養費支給申請書（治療用装具）

被保険者	被保険者証	記号	1500	被保険者氏名		
		番号	999999	横浜 康夫		

下記のとおり療養費の支給を申請します

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（氏名： 横浜 保 続柄： 長男 ）			
	傷病名	左膝前十字靭帯損傷		発病または負傷年月日 令和 3年 3月 28日	
	発病または負傷の原因及びその経過	柔道の練習中に負傷			
	診療を受けた医療機関等	名称	〇〇整形外科		診療した医師等の氏名 *** **
		所在地	東京都港区新橋〇町〇番〇号		
	診療を受けた期間	令和 3年 3月 29日 から 令和 3年 4月 5日 日まで	日数		3 日
装具等の装着について指示を受けた日	令和 3年 3月 29日	装具装着日	令和 3年 4月 1日		
療養に要した費用の額	7, 231 円		第三者行為による <input checked="" 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の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、事業所経理で支給されますので、委任状欄をご記入ください。

①振込先口座	金融機関名称	保険証の記号が「1300」の方と、請求時退職されている方は ①に被保険者名義の振込口座を記入してください。			普通	2. 当座
	□座番号	□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
	保険証の記号が「1300」以外で在職中の方は、 ②の委任状欄に住所・氏名を記入してください。					

- 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