

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

支給決定後の提出書類(添付書類を含む)の返却はできません。自治体等の医療費助成申請の際は、領収書のコピー又は原本の提出の要否について事前にご確認のうえご申請ください。

被保険者
申請者
情報

記号	番号	生年月日	年	月	日
被保険者等の (右づめ)					
氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -) (都 道 府 県)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
事業所名	所属(勤務)先				

<添付書類>

医師の「意見および装具装着証明書」等	弾性着衣等の場合⇒「弾性着衣等装着指示書」 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合⇒「眼鏡等作成指示書」の写し
領収書原本	装具等の名称、費用内訳、技師装具士の氏名が記載された領収書

以下のケースは追加の<添付書類>が必要となります。

小児弱視等の治療用眼鏡等の場合	「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果の明記が無い場合は、結果が確認できる書面の写し
靴型装具	治療用靴型装具写真添付台紙
ケガ(負傷)による申請の場合	負傷原因届

↓当組合の資格喪失後申請時のみご記入ください。健康保険加入中は規定により、事業所委任払いとなります。

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。)		
	注: 加入中申請時に記入された場合も、事業所委任払いとなります。		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 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

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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(申請者)記入用

被保険者氏名

ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

申請内容	1 受診者	☐ 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または 負傷年月日 令和 年 月 日		
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	☐ 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ ➡ 【K14】負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
	7 装具等の装着について 指示を受けた日	(令和) 年 月 日	8 装具装着日	(令和) 年 月 日
	9 療養に要した費用の額	円		
10 診療の内容				

決定年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日

健康保険組合決裁欄			
常務理事	事務長		担当