

健康保険

☐被保険者
☐被扶養者

療養費支給申請書（治療用装具用）

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	健康保険の 記号・番号	記号 番号	被保険者（申請者） の氏名及び生年月日	(フリガナ)				
	(記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入)			- -				
	申請対象が被扶養者の 場合はその氏名、生年 月日及び続柄	生年月日		S・H・R 年 月 日		続柄		
	被保険者 （申請者）の現住所	〒		方				
	TEL(日中の連絡先)			- -				
	事業所の名称	TEL			- -			
	金融機関名称 及びコード	(金融機関コード) 		預金種目	普通・当座・その他 ()			
	支店名 及びコード	(支店コード) 		口座番号 (左づめ)				
(カタカナ) 口座名義								

※被保険者（申請者）以外の口座に振り込み希望の場合、以下の委任状欄をご記入ください。

申 請 内 容	傷病名	発病または負傷年月日 年 月 日 曜日				
	発病又は負傷の 原因・状況	ア. 工作中・通勤途中 イ. ア以外				
		上記アの場合、労働災害または通勤災害の認定を受けていますか ☐ はい ☐ 請求中 ☐ 未請求 どこで・何をしていた・どのように負傷したかご記入ください。 ※移動中に発病または負傷した場合は出発地と到着地を記入してください。				
	傷病の原因は、第三者の 行為(交通事故等)による ものですか	ア. はい ⇒ 別途「第三者行為による傷病届」が必要です イ. いいえ				
	入院の有無	有 ・ 無		診療を受けた期間 (入院していた場合 はその期間)	年 月 日から 年 月 日まで	
	装着指示日	年 月 日		装着確認日	年 月 日	
	購入日(領収日)	年 月 日		購入金額	円	
診療または手当を 受けた医療機関の 名称等	名 称 ----- 所在地				医師名	

※ 委 任 状	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 ※被保険者（申請者）と代理人はそれぞれ自筆で記入していただき、別の印を使用してください。	
	被保険者（申請者）の 氏名及び印	Ⓜ
	所在地(住所) 代理人の 事業所名 氏 名	Ⓜ

〔 受 付 印 〕

添付書類、記入上の注意は2枚目(裏面)をご確認ください

添付書類

※申請には以下の書類が必要です。

コルセット・サポーター・インソール等を作成した場合

- ・傷病の治療のため装具の装着が必要と認めた医師の指示書（原本）
- ・装具の内訳書及び領収書（原本）
- ・「靴型装具」の申請については、当該装具の写真
（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）

小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを作成した場合

- ・医師の「眼鏡等作成指示書」の写し
- ・眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書（原本）

※領収書等については原本の添付が必要です。別途、他の制度に給付金等の申請がある場合には、事前に領収書の写し（コピー）を取ったものをご利用ください。

記入上の注意

- ・訂正がある場合は二重線で消してください。
修正液や修正テープでの修正は認められません。
- ・傷病名は医師の指示書に記載の傷病名を転記してください。
- ・鉛筆、シャープペンシル、消せるボールペンは使用しないでください。