

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

関東めつき 健康保険組合 | 業務課 03-3813-5916

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。(0613から始まる番号ではありません。)
- 2 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、事前に当組合にお問い合わせください。
- 3 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
被保険者（申請者）、代理人（口座名義人）は、それぞれ本人が記入してください。
なお、代理人（口座名義人）が勤務先または被扶養者でないときは、被保険者との関係がわかる
- 4 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 5 「はい」に該当するときは、別途、提出書類が必要な場合があります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 6 傷病が負傷（ケガ）によるもの場合は、「ケガによる」にチェックをしたうえで、どこで何をしているときに、どのようにしてケガをしたのか、できるだけ詳しく記入してください。負傷原因によっては、負傷原因届の提出をお願いすることがあります。
- 7 診療期間には、作成指示書(意見書・証明書等)に記載されている指示日をご記入ください。

【注意】

治療用装具には種類によって耐用年数が定められており、耐用年数以内に再度作成された治療用装具は申請いただいても保険給付となりません。また、弾性着衣等や小児弱視等の治療用眼鏡等についても、同様に2回目以降の申請は前回の作成（購入）から一定期間経過していることが給付条件となりますので、ご注意ください。

添付書類

装具の種類	添付書類1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類2（共通）	添付書類3
治療用装具	装具作製（装着）指示書 又は意見書、証明書等 ※いずれも原本	領収書の原本 患者名、装具の名称、 種類、内訳別の費用額 が記載されているもの	靴型装具の写真 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書(原本)	※領収書に内訳の記載がない場合は、別途明細書(原本)も添付してください。	—
小児弱視等の治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書(原本)		—

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。

健康保険 被保険者 家族	療養費 支給申請書	立替払・治療用装具
被保険者証	記号 987 番号 654 生年月日 昭和 44 年 10 月 10 日	
氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 110-0000 東京 都・道 墨田区 〇〇1-2-3 〇〇マンション×××号	
電話番号	090 (××××) ××××	
事業所名称	(株)◇◇◇◇	
提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

【ご注意ください】家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

金融機関名称	〇〇〇〇	銀行・支庫・信託 郵便・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
支店名	△△△△	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係()

受診者(どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)	仕事中、通勤途中、第三者行為 のいずれかによるものですか	はい ☐ いいえ ☒
家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭和 44 年 10 月 10 日 続柄 (妻)		
傷病名	左肋骨骨折	発病又は負傷の年月日	令和 3 年 4 月 10 日
傷病はケガ(負傷)による ものですか(どちらかに✓)	☒ ケガによる ※必ず右に負傷原因を記入して下さい。 ケガによる場合 その原因 (できるだけ詳しく 記入してください) 自宅の台所で 高いところにあるものを取ろうと台に乗ったとき (どうやってケガをした) 足をすべらせて背中から転倒し負傷 ☐ ケガ以外		
現在の経過 (いずれかに✓)	☐ 治癒した(治った) ☒ 治療継続中 ☐ その他()		
診療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都墨田区〇〇2-4-6		
診療期間(支給期)	令和 3 年 4 月 13 日から 令和 3 年 4 月 13 日まで (日数 1 日)		
上記期間に入院して いた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日数 日)		
療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	装具の装着
療養の給付を受ける ことができなかった理由 (いずれかに✓)	☒ 治療用装具を作成した為 ☐ めっき健保以外の保険証でなかった為 ☐ 保険証を提示せずにかかった為 ☐ その他()		

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

関東めつき 健康保険組合

(R3.4)