

健康保険 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者が記入してください。申請には添付書類が必要です。下の添付書類チェック欄をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	①保険証の 記号-番号	-		②氏名					③生年月日	昭和・平成 年 月 日										
	④住所	〒						⑤携帯 TEL *必ず記入してください												
⑥ 給 付 金 受 取 口 座	*被保険者名義の口座に限ります。口座名義と被保険者氏名が一致しない場合は入金できません。 *婚姻等で氏名変更をした場合は、保険証の氏名変更手続きと金融機関での口座名義変更の手続きを終えてから申請してください。																			
	金融機関 コード						支店 コード							普通 口座No.						
	金融機関名		支店名			口座名義 (カタカナ) *被保険者の氏名と一致していること														
	銀行 信金 その他()		本店 支店 出張所																	
申 請 内 容	申請理由	治療用の装具を作成した。																		
	⑦ 装具の 使用者	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人)				家族の 氏名				家族の 生年月日				昭和・平成・令和 年 月 日						
	⑧ 傷病名							⑨ 発症/負傷日				令和 *おおよそ 年 月 日ごろ								
	⑩ 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 仕事に負ったケガや仕事の原因でかかった病気ではない <input type="checkbox"/> 仕事や通勤途中に負ったケガや仕事の原因でかかった病気である ⇒ 労災・通災の認定を受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請しない																		
	⑪ 第三者行為ですか。 (他の誰かによって負わされたケガや病気のこと。交通事故など、確実に相手に原因があるもの)										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
	⑫ 発症/負傷 の状況詳細 (ケガの場合)	いつごろ			どこで			何をしていた												
	⑬ 受診した 医療機関	名称				所在地				担当医の氏名										
	⑭ 装具の購入額	実際に支払った額						円		診療の内容		治療用装具の作成								
備 考																				

添付書類チェック欄 (下記を必ず添付してください。添付がない場合は支給できません)

脚/足の装具	<input type="checkbox"/> 領収書 (原本)	<input type="checkbox"/> 内訳明細 (品名・金額等の内訳書。領収書に記載があれば省略可)
	<input type="checkbox"/> 医師の指示書/証明書 (原本)	<input type="checkbox"/> 装具を着けた状態の写真
コルセット/上肢の装具	<input type="checkbox"/> 領収書 (原本)	<input type="checkbox"/> 内訳明細 (品名・金額等の内訳書。領収書に記載があれば省略可)
	<input type="checkbox"/> 医師の指示書/証明書 (原本)	
弱視用メガネ等	<input type="checkbox"/> 領収書 (原本)	<input type="checkbox"/> 医師の指示書/証明書 (写し)
弾性着衣	<input type="checkbox"/> 領収書 (原本)	<input type="checkbox"/> 医師の指示書/証明書 (原本)

受付印