# 療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

電設工業 健康保険組合｜業務部 給付課 03-5970-0306

**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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | ❶健康保険の 記号 987 番号 654321 | 生年月日 | (昭)・平・令 ○○年 ○ 月 ○ 日 |
| | ❷氏名・印 （フリガナ）ケンポ タロウ<br>健保 太郎 ❸印 | ← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。 | |
| | 住所 〒110－0000 東京 (都)・道・府・県 墨田区○○ ×－×<br>□□マンション×××号 | 電話番号（日中の連絡先） | 090（1234）○○○○ |
| | 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。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名称 ○○○○ (銀行)・金庫・信組・農協・その他（ ） | 預金種別 | (普通)・当座 |
| | △△△△ (支店)・本店・出張所・その他（ ） | 口座番号 | 1234567 |
| | 口座名義（カタカナで記入） ケンポ タロウ | 口座名義区分 | (被保険者(申請者))・代理人 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 委任状 ❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。 | 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<br>氏名・印 印 | |
| | 代理人（口座名義人） | 住所<br>氏名・印 印 | 被保険者との関係（ ） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請内容 | 受診者（どちらかに✓） ✓被保険者 □ 家族（被扶養者） | ❺第三者行為によるものですか ※ | はい (いいえ) |
| | ❻家族の場合はその方の 氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄（ ） | | |
| | 傷病名 両偏平足 | 発病又は負傷年月日（療養開始日） | 平・(令) ○ 年 8 月 2 日 |
| | 発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか） 原因 不明 | | |
| | 経過 良好 | | |
| | 診療を受けた病院等 名称 ○○整形外科医院 | | |
| | 所在地 東京都台東区△△ ×－× | 診療した医師の氏名 | ○○ ○○ |
| | ❼診療期間（支給期間） 令和 ○ 年 8 月 5 日 から 令和 ○ 年 8 月 5 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 治療用装具を装着したため | | |

**※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。**
**注：立替払・治療用装具の申請ごとでそれぞれご用意いただく添付書類が異なりますので、記入例をご確認ください。**

受付日付印

❽ マイナンバー記入欄（健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です。）
マイナンバーを記入した場合、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。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

**電設工業 健康保険組合** （令6.12）

## 記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 健康保険の記号及び番号は、「資格確認書」「資格情報通知書(資格情報のお知らせ）」に記載されています。

❷ 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、申請される方の氏名をご記入ください。
申請者が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類（戸籍謄本等の原本）の添付が必要です。

❸ 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。
ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。

❹ 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）の印もれにご注意ください。
また、代理人（口座名義人）の印は、被保険者（申請者）の印とは別のものをご使用ください。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類（戸籍謄本等の原本）の添付が必要です。（❽の公金受取口座を選択した場合も、委任状欄の記入が必要です。）

❺ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
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。

❻ 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。

❼ 診療期間には、医師より装具等の装着が必要（指示）とされた日をご記入ください。
（医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。）

❽ ❶の健康保険の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
また、マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓をご記入ください。
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
※ 公金受取口座を利用する場合、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

## 添付書類

| 装具の種類 | 添付書類１（医師の証明） | 添付書類２（共通） | 添付書類３ |
|---|---|---|---|
| 治療用装具 | **装具製作（装着）指示書**<br>**又は意見書、証明書等の原本** | **領収書の原本**<br>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 | **治療用装具の写真**<br>別紙「作成された治療用装具の写真添付について」を**必ず**ご参照ください。 |
| 弾性着衣等 | **弾性着衣等装着指示書の原本** | | — |
| 小児弱視等の治療用眼鏡等 | **眼鏡等作成指示書の写し** | | — |

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。

# 作成された治療用装具の写真添付について

1．切り取り線以下の「治療用装具作成確認書」を記入し、作成された装具と一緒に撮影してください。

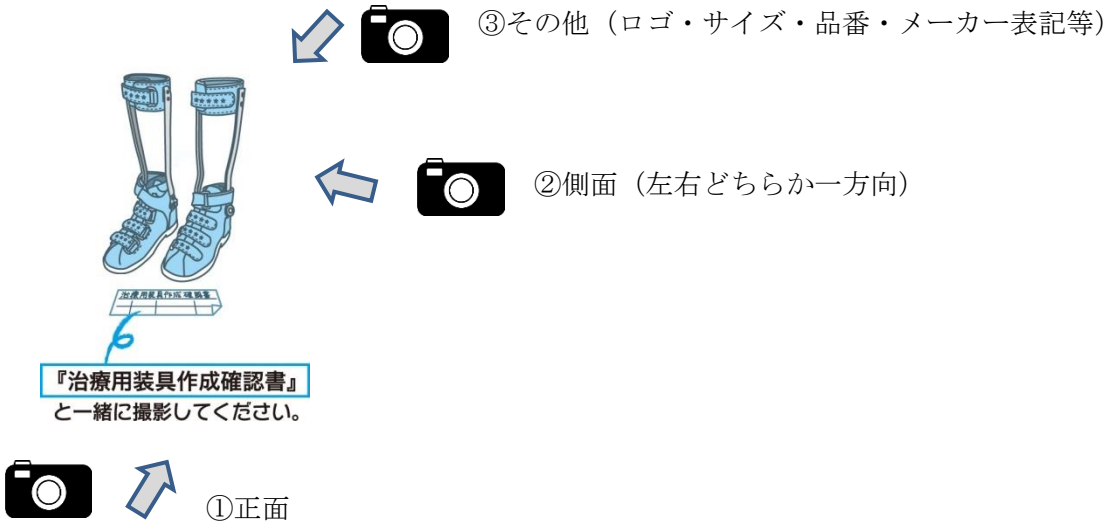
2．作成された装具すべてに対し、下記の方向及び箇所について撮影してください。

① 正面　・・・　前から装具全体が確認できるように撮影してください。

② 側面　・・・　左右どちらか一方向から装具全体が確認できるように撮影してください。

③ その他　・・・　ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等があれば撮影してください。

撮影イメージ




3．撮影した写真をプリントし、所定の用紙「療養費（治療用装具）支給申請　別添」に貼付のうえ、療養費支給申請書に添付して提出をお願いします。

【 補足事項 】

- 装具の形状がはっきりと確認できない場合は、再提出をお願いすることがあります。
- 撮影する際は、治療用装具と「治療用装具作成確認書」が重ならないように撮影してください。
- 治療用眼鏡（コンタクト）、弾性着衣等の申請の際は、写真添付の必要はありません。

----------✂　切り取り線　----------

| 治 療 用 装 具 作 成 確 認 書 | | | |
|---|---|---|---|
| 健　康　保　険　の | | 被保険者氏名 | 受診者氏名 |
| 記　号 | 番　号 | | |
| | | | |
| 作成した治療用装具名 | | | |

作成された装具と一緒に撮影してください。

# 療養費（治療用装具）支給申請　別添

| | | |
|---|---|---|
| ①<br>正<br>面 | ①正面<br>貼付 | 撮影イメージ<br> <br> |
| ②<br>側<br>面 | ②側面<br>貼付 | 撮影イメージ<br> <br><br>（左右どちらか一方向） |
| ③<br>その<br>他 | ③その他<br>貼付 | 撮影イメージ<br> <br><br>（ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等） |