

※添付書類は原本を提出してください

※
支
給
額

健康保険
被保険者
家 族

療養費 支給申請書

治療用装具

① 被保険者等
記号・番号

記号 9876 番号 54321

記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

② 氏 名

(フリガナ) ケンボ タロウ

健保 太郎

② 生年月日 昭和・平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

④ 住 所

〒 113 - 0000 東京 都・道 府・県 文京区○○ ×-×-×

□□マンション×××号

⑤ 電話番号 (日中の連絡先) ×× (××××) ××××

⑥ 事業所名称

株式会社 □□□□

⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします) ☒ 被保険者 ☐ 事業所 ☐ 社労士

⑧ 受診者 (どちらかに✓) ☒ 被保険者 ☐ 家族 (被扶養者)

③ 家族の場合はその方の

氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日 続柄 ()

⑩ 傷病名 右手指捻挫 ⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

⑫ 負傷の原因及びその経過 仕事中・通勤中・出張中・私用時・その他 ()
日時・場所、どのように負傷されたかを具体的にご記入ください。
○○月○日(日) 14時頃 スポーツクラブのプールから上がった際、
手にかかった重みで負傷

⑬ 第三者行為によるものですか はい ☒ いいえ はいの場合 氏名 金銭の授受はありましたか はい ☐ いいえ

⑭ 診療を受けた医療機関等の名称 名 称 ○○整形外科医院 所在地 東京都文京区△△ ×-×-×

⑮ 医師が装具の必要を認めた日 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 入院 ☒ 外来 診察した医師の氏名

⑯ 治療用装具の費用 ×,××× 円

⑰ 装具は今回初めて作製されましたか? ☒ はい ☐ いいえ 以前にも同じ装具を作製されたことがある はい ☐ いいえ いつ頃作製されましたか 年 月 頃

⑱ 療養費を支給申請する理由 ※該当番号に○
1.治療用装具を購入し装着したため
2.小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトを購入したため
3.四肢のリンパ浮腫治療のため弾性着衣を購入したため

⑥ 振込先 公金受取口座 ☐ 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。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)
銀行コード 0123 ×××× 銀行・金庫・信託 郵便・その他 () 預金種別 普通・当座・その他 ()
金融機関名称 支店コード 456 △△△△ 支店・本店・出張所 () 口座番号 (右づめで記入) 0 2 3 4 5 6 7
口座名称 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) ☒ 事業所の受領代理人 ☐

⑥ 委任状 被保険者(申請者) 氏名
受領代理人 氏名

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」の資格確認画面」、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
- ② 保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、③欄に被保険者名を記入し、右スペースに申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）
※申請者が被扶養者以外の場合は戸籍謄本の原本等が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問合せください。
- ③ 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
- ④ 傷病の原因が第三者行為によるもの場合は、当組合へご連絡いただいたうえ、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。
※スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「いいえ」に○をつけてください。
- ⑤ 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。）
- ⑥ 振込先は被保険者名義の口座を記入してください。ご家族の口座への振込は出来ません。
振込先を事業所に指定する場合、委任状欄にご記入ください。
※必ず「銀行コード」・「支店コード」は通帳等を確認のうえご記入ください。

※ 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。

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（原本） 又は意見書、証明書等（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、領収日が記載さ 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）	※別紙で明細書が出ている場合は、明細 書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） または疾病名、治療を必要とする症状、及び視力 検査の結果、医師の氏名・印のある処方箋		—

注：ご提出いただいた原本は、お返しできませんので、ご了承ください。

※ 提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課