

<治療用装具等専用>

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書

| 支給支払決議書 |     |    |     |
|---------|-----|----|-----|
| 常務理事    | 事務長 | 点検 | 担当者 |
|         |     |    |     |

(被保険者・被扶養者の文字はいずれか該当する方を○で囲んでください)

|                                                          |                                                                        |                                                                                                                                                                                                    |                          |              |                                  |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|----------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者記号番号                                                               | 被保険者氏名                                                                                                                                                                                             |                          | 会社・所属名       |                                  |
|                                                          | 100 - 9999                                                             | 健保 太郎                                                                                                                                                                                              |                          | 関西〇〇(株)      |                                  |
|                                                          | 被保険者住所                                                                 | 〒 ***-****<br>〇〇県△△市□□町☆☆番地                                                                                                                                                                        |                          |              | 電話(自宅・勤務先・携帯)<br>** - *** - **** |
|                                                          | 療養を受けた者の氏名                                                             | 健保 次郎                                                                                                                                                                                              | 続柄                       | 子            | 生年月日<br>昭和<br>令和 24年*月*日生        |
|                                                          | 傷病名                                                                    | 弱視                                                                                                                                                                                                 |                          |              | 発病または<br>負傷の年月日<br>令和 1年*月*日     |
|                                                          | 発病または<br>負傷の原因                                                         | <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 運動中<br><input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為<br><input type="checkbox"/> 交通事故 <input checked="" type="checkbox"/> その他 |                          | 原因           | 先天性のもの                           |
|                                                          | 原因が外傷や第三者行為等による場合は「負傷原因届」を貼付してください。                                    |                                                                                                                                                                                                    |                          |              |                                  |
|                                                          | 療養を受けた<br>病院・診療所                                                       | 名称                                                                                                                                                                                                 | 〇〇クリニック                  |              | 診療した<br>医師氏名<br>△△ △△            |
|                                                          |                                                                        | 所在地                                                                                                                                                                                                | 〇〇県△△市□□町*-*(★★ビル内)      |              |                                  |
|                                                          | 診療期間                                                                   | 令和 1年 10月 1日から<br>令和 年 月 日まで                                                                                                                                                                       | 1 日間                     | 診療に要した<br>費用 | 12,345 円                         |
| 療養の給付を<br>受けることの<br>できなかった事由                             |                                                                        |                                                                                                                                                                                                    |                          |              |                                  |
| 入院、入院外の別                                                 | <input type="checkbox"/> 入院<br><input checked="" type="checkbox"/> 入院外 | 入院のときはその期間                                                                                                                                                                                         | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 日間           |                                  |
| コルセット等治療用装具のとき装着年月日                                      |                                                                        | 令和 1年 10月 1日 着用                                                                                                                                                                                    |                          |              |                                  |

療養費の支払いは、銀行振込です。被保険者名義の取引銀行をご記入ください。(通帳のコピーを添付)

|             |     |     |    |       |                      |
|-------------|-----|-----|----|-------|----------------------|
| 振<br>込<br>先 | 銀行名 | 支店名 | 種目 | 口座番号  | (フリガナ)<br>被保険者の口座名義  |
|             | 〇〇  | △△  | 普通 | ***** | ( ケンポ タロウ<br>健保 太郎 ) |

(注) 外反母趾・扁平足等、疼痛緩和のみに関する装具は原則支給対象外です。なお、日常生活や職業上に必要で長期にわたり使用する装具は健保の支給対象にならないことがあります。(障害者の方は補装具の支給対象となる場合がありますので事前に市区町村等へご確認ください。)

- ☐ コルセット代、ギブス代、義眼代を申請するときは、『領収書』と『保険医の装着証明書(装着日の記載があるもの)』を添付してください。
- ☐ 四肢のリンパ浮腫治療のために弾性着衣等を購入したときは、『領収書』と『保険医の装着指示書』を添付してください。
- ☒ 9歳未満の小児弱視等の治療でめがねやコンタクトレンズを作成したときは、『領収書』と『保険医の作成指示書』の写しと患者の検査結果を添付してください。

受付日付印

|     |     |
|-----|-----|
| 支給額 | 振込日 |
| 円   |     |