

健康保険

被保険者 家族

療養費 療養付加金

支給申請書

(治療用具：コルセット、眼鏡、弾性着衣)

記入例

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧に記入ください
 ※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。
 ※該当する□に✓点をいれてください。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号 3000	番号 10	氏名・印 不動産 太郎 	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45年 5月 1日
② 被保険者の 現住所	〒150-0011 渋谷区〇〇		日中連絡の取れる電話番号 000(000)0000	
③ 個人番号(マイナンバー) (*上記①欄/記号番号記入 の場合は、不要です)	④ 事業所名称 〇〇〇(株)			
⑤ 受診者が被扶養者 のときは、その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	続柄
⑥ 発病又は負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 第三者による負傷 <input type="checkbox"/> 日常生活からの痛み <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 生まれつき <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑦ 傷病名	右足首骨折		発病又は負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年 3月 3日
※ 怪我による申請の場合は、下記⑧欄～⑬欄も併せてご記入ください。				
⑧ 負傷した日時	平成 30年 3月 3日 (土) 午 <u>前</u> 14時 30分頃 / <input type="checkbox"/> 勤務日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他			
⑨ 負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 休日の外出時 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト中 <input checked="" type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> スポーツ中(下記⑩欄もご記入ください。) <input type="checkbox"/> その他 () 大阪 <u>都道府県</u> 大阪 <u>市</u> 〇〇 <u>区</u> 町・村 11-13-14			
⑩ スポーツ中の 負傷の場合	<input type="checkbox"/> 会社の部活動・プロスポーツ <input type="checkbox"/> 社内行事 (<input type="checkbox"/> 強制参加 ・ <input type="checkbox"/> 任意参加) <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル <input type="checkbox"/> 個人の趣味 <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑪ 上記⑧欄が 勤務日の場合 (アルバイト等含 む)	(就業開始時刻) 時 分 ~ (就業終業時刻) 時 分 / 寄道 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 休憩中の外出時 <input type="checkbox"/> 出張、又は、仕事の外出時 <input type="checkbox"/> 出勤途中 <input type="checkbox"/> 退勤途中(飲酒 / <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 労働(通勤)災害に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 確認した日: 平成 年 月 日 労働基準監督署・担当者名			
⑫ どのような状況で 負傷しましたか	何をしていた	旅行中、駅の階段を降りていたら		
	どういうふうになって	滑り落ちて		
	どこをどうした	足首を捻った		
	<input checked="" type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑬ 第三者による 負傷の場合	<input type="checkbox"/> 相手判明 <input type="checkbox"/> 相手不明	第三者によって負傷した事実を	健保組合に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない 警察に届出 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
 (被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

振込先金融機関の欄

銀行・店名	ゆうちょ	(店番号) 777	受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。		
預金種別	銀行 金庫 <u>普通</u> 当座	(店名) 七七七 本店 支店		被保険者(請求者)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ	
口座番号 (左づめでご記入ください)	1 2 3 4 5 6 7			(住所)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ	
口座の名義人	(カタカナでご記入ください) フドウサン タロウ			(氏名)	<input checked="" type="checkbox"/> (★)	
			被保険者と代理人との関係	配偶者・親子・その他 ()		
			代理人(口座の名義人)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ		
			(住所)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ		
			(氏名)	<input type="checkbox"/> (☆)		

[提出書類] (提出する前に改めてご確認ください。)

(1)健康保険 被保険者・家族 療養費・療養付加金支給申請書

(2)添付書類(下記参照)

(*添付書類は原本が必要となります。)

療養の種類		添付書類	注意事項
治療用装具	コルセット、ギブス、義眼等をつくったとき	(1)保険医による装着証明書等 (2)領収証 (3)装具作製確認書 (4)装具の写真を貼付けした台紙 (「靴型装具」作製の場合のみ)	・領収証には、装具の名称、内訳が記載されているもの ・装具の写真は、実際に装着する現物であることが確認できるもの
	小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを作成したとき	(1)保険医による作成指示書または眼鏡処方箋 (2)領収証 (3)装具作製確認書	・指示書または眼鏡処方箋には、病名が記載されているもの ・領収証には、対象者の氏名、「治療用眼鏡代」のただし書き記載があるもの
	四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	(1)保険医による装着指示書 (2)領収証 (3)装具作製確認書	・領収証には、装具の名称、内訳が記載されているもの

【注意事項】

・「治療用装具」に係る手続き申請は、医療機関からの診療内容と照合作業を行うため、「治療用装具」作製日から3か月後にご申請ください。

・「靴型装具」以外の手続きにおいても、内容審査において写真確認が必要と判断した場合は、当該装具の写真の提出をお願いすることがあります。

・疼痛緩和のみに関する装具は、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、支給対象とならないことがあります。

・障害者手帳をお持ちの方は、障害者総合支援法により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。