

必ずご確認ください

(治療用装具：コルセット、小児用治療眼鏡、弾性着衣等)

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。



- A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

記入例

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号 3000	番号 10	氏名 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 03-XXXX-XXXX	
③ 個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合			
⑤ 受診者が被扶養者のときは、その方の	氏名			
⑥ 発病又は負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 自己の過失 <input type="checkbox"/> 原因不明	<input type="checkbox"/> 不可抗力 <input type="checkbox"/> 生まれつき	<input type="checkbox"/> 第三者による負傷 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 日常生活からの痛み
⑦ 傷病名	不動産太郎	左 右 足首骨折	発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 3月 3日 (水)	午後 14時 30分頃	<input type="checkbox"/> 勤務日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> その他 内 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 駅構内 その他( )	
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"/> 任意参加の部活動 <input type="checkbox"/> 個人の趣味 <input type="checkbox"/> その他( )		寄り道 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
⑪ 勤務日の場合 (アルバイト等含む)	労働(通勤)災害に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当		確認した日	年 月 日
⑫ どのような状況で負傷しましたか	何をしていた どういうふうになって どこをどうした	旅行中、駅の階段を降りていたら 滑り落ちて 足首を捻った		
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	
⑭ 振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合下記の欄を記入。) ※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(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	(店番号)	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。	
	口座名義	(カタカナでご記入ください)	受取代理人の欄	被保険者(請求者) (住所) (氏名) 被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他( )
				代理人(口座名義人) (住所) (氏名)

訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(被保険者)のサインをご記入ください

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

勤務日の怪我は、必ず労働基準監督署へご確認ください

被保険者以外の口座を指定する場合は、こちらをご記入ください

[注意事項]

※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。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者のサイン(フルネーム:氏名)をご記入ください。

**[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) 領収書 (3) 装具作製確認書 (4) 装具写真貼付台紙 (「靴型装具」作製の場合のみ)	・領収書には、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) 保険医による作製指示書または眼鏡処方箋 (2) 領収書 (3) 装具作製確認書	・指示書または眼鏡処方箋には、 <b>病名、検査結果</b> が記載されているもの  ・領収書には、 <b>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</b>
	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) 領収書 (3) 装具作製確認書	・領収書には、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、事前にお住いの市区町村等へご確認ください。

・小児弱視等治療用眼鏡は、対象疾患が限定されております。また、**予防に関する眼鏡は、対象外**です。

・弾性着衣は、部位ごとに2着までとなります。