

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人  
 家族

### 療養費支給申請書 (治療用装具等)

(第 回目)
年 月 日提出

\*【添付書類】  
\* コルセット・弾性着衣を作製した場合↓「医師の意見書(原本)」及び「領収書の原本」を添付(レシート不可)(領収書の明細がわかるもの)を添付

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	-		被保険者 (請求者) 氏 名	(フリガナ)	印		
	事業所名			生年月日	昭・平 年 月 日生			
	所 属 課・係・店等	メールBOX		自宅住所	〒 -			
	会社 TEL	外線		内線		自宅 TEL		
	受診者氏名	(フリガナ)		受診者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者 との続柄		
	傷 病 名			負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	年 月 日 午前 午後 時 分	場所	①会社 ②通勤途中 ③自宅 ④その他( )
	傷病の経過				状況			
	受診した病院の 住所 病院名 及び医師名			装具の名称	<input type="checkbox"/> 装具名( )			
				(該当する項目に☑ をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 弾性着衣( )			
	診療又は 手当の期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	日間	治療用装具の金額		円	
療養の給付を受けることが出来なかった理由 (なぜ健康保険でできなかったのか)			業者との保険契約がないため ( <input type="checkbox"/> コルセット等 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等 )					
第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	左の設問で 「はい」の場合	<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)				
【コルセット等の作製をされた方は、該当する項目に☑をご記入ください】								
* 装具の作製に際しサイズ合わせは、どのように行いましたか？								
<input type="checkbox"/> (1) 装具を身体に合わせてオーダーメイドするために、患部やその周囲にギブスを巻き、石膏で型を取った。			⇒		① どこで型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 病院内 <input type="checkbox"/> 装具業者			
<input type="checkbox"/> (2) 足型版を踏み込んで、「型」を取るようなことを行った。			⇒		② 何回、型を取りましたか？ _____回			
<input type="checkbox"/> (3) 装具を身体にあわせてオーダーメイドするために、患部やその周囲の各所をメジャーで細かく測った			⇒		③ 誰が型を取りましたか？ <input type="checkbox"/> 主治医・病院関係者 <input type="checkbox"/> 装具業者			
<input type="checkbox"/> (4) 既製品(完成品)装具をS/M/Lのサイズから選んだ			⇒		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者			
<input type="checkbox"/> (5) 何も行わなかった			⇒		<input type="checkbox"/> メジャーで計測した ( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 装具業者)			
<input type="checkbox"/> (6) その他			⇒		<input type="checkbox"/> 計測していない			
			⇒		( )			
* 装具作製の前に固定等されましたでしょうか？			⇒		<input type="checkbox"/> ギブス固定 <input type="checkbox"/> 弾力包帯固定 <input type="checkbox"/> 簡易コルセット(病院より支給のもの) <input type="checkbox"/> その他( )			

\* 被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)  
\* 被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、訂正印を押印していただく必要です。

委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 平成 年 月 日 被保険者氏名	ⓐ に委任します。  ⓑ
-----	---	--------------------

**備考**  
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

\* 装具の内容確認のため写真の提供をお願いする場合があります。  
\* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。