

記入例

療養費支給申請書 (装具用)

〇〇年 〇月 〇日提出

被 保 険 者 一 般 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号-番号	1 - 123456	フリガナ	ケンボ タロウ											
	被保険者 氏名	健保 太郎					必ず請求書裏面、記入例を全て								
	所属	〇〇 部	〇〇 室	工場		課		係							
	社内メール	〒 1234	内線 又は外線	551-12345		書記名	〇〇	書記TEL	551-12300						
	被保険者住所	〒 448-〇〇〇〇	愛知	都・道 府・県	〇〇	市・区 郡	〇〇	区・町 村	〇丁目〇番地						
	照会等の同意	私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、装具会社、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。							被保険者氏名 (署名) 健保 太郎						
	療養を受けた 方の氏名	健保 花		生年月日	S	H	R	〇〇年 〇月 〇日	続柄	長女					
	医療扶助該当 の有無	有	有の場合 1. 子ど	医療扶助「有」・・・病院で治療を受けた際に、窓口で個人負担分の一部または全部を支払っていない方			発病又は負傷の日 (外傷病名のみ)※	H	R	〇年 〇月 〇〇日 (月)					
	傷病名	右膝前十字靭帯損傷			作製装具名	右膝装具A両側支柱									
	発病又は負傷の原因 (外傷病名のみ)※	どこで 高校の体育館			何をしていたらどうした バスケットの練習中に転んだ										
第三者行為又は業務上(通勤中も含む)による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい →申請前に健保組合までお問合せください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ														
学校生活でのお怪我の場合、スポーツ共済に申請しますか?(該当者のみご回答ください)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
療養を受けた 医療機関	名称	〇〇〇〇整形外科					療養に要した費用 (領収書金額)								
	所在地	刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地					86,355 円								
	医師名	〇〇 〇〇													
給付金振込先	振込先(被保険者名義) ※裏面の3項⑤をご確認下さい。														
	フリガナ	〇〇〇〇	〇〇〇	店番	1	2	3	口座番号	0	0	1	2	3	4	5
	〇〇〇〇	銀行・信金	〇〇	店	預金種別			フリガナ	ケンボ タロウ						
	金融機関コード (健保記入)			普通・当座	口座名義人氏名			健保 太郎							

申請する理由と必要書類

申請する理由	治療用装具の装着	提出前の最終チェック
必要書類 (書類の確認の際にご利用下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> ① 装具代金の領収書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> ② 医師の証明書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> ③ 装具の写真 → <input checked="" type="checkbox"/> 写真添付 → <input type="checkbox"/> データ送付 <input checked="" type="checkbox"/> ④ 治療用装具作製確認書	<input checked="" type="checkbox"/> 装具代金の領収書は原本が添付してありますか(内訳記載のもの) <input checked="" type="checkbox"/> 医師の証明書は原本が添付してありますか(必要と認めた日・装具名・装着日記載のもの) <input checked="" type="checkbox"/> ①～④の必要書類がすべて揃っていますか <input checked="" type="checkbox"/> 療養費支給申請書と治療用装具作製確認書に署名はしましたか ※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。 <input checked="" type="checkbox"/> D'sぼーたるは登録してありますか

健康保険組合使用欄	給付区分コード	111. 療養費 118. 海外療養費 201. 補装具 その他 ()					支給番号	500				
	区分	1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7										
	資格取得日	資格喪失日	支給期間		H・R	年	月	日から				
	家族番号	医療扶助	有 () ・ 無	H・R	年	月	日まで	日間				
	診療実額	円	給付額合計	円	付加金・高額療養費		無・有・停止					
	備考											

※ 外傷病名とは、骨折、捻挫、挫傷等などで何らかの原因がある傷病です。(特に原因が特定できないときは不詳とご記入下さい。)

室長	検討	担当	受付