

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 申 請 者 一 が 記 入 す る と こ ろ	記号－番号	1	－	1 2 3 4 5 6	フリガナ	ケンボ タロウ										従業員番号													
	所 属	〇〇	部	〇〇	室・工場	課	係																						
	社内メール	〒	1234	内 線 又は外線	5 5 1－1 2 3 4 5	書記名	〇〇										書記TEL	5 5 1－1 2 3 0 0											
	被保険者住所	〒	4 4 8－〇〇〇〇	愛知	都・道 府・県	〇〇	市 区	〇〇	区・町 村	〇丁目〇番地	TEL (〇 5 6 6)	〇〇－〇〇〇〇																	
	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、この申請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 太朗												
	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	無	有の場合	1. 子と										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）※	〇 年	〇 月	〇〇 日（ 月 ）										
	傷病名	右膝前十字靱帯損傷										作製装具名	右膝装具軟性 膝サポーターACL																
	発病又は負傷の原因（外傷病名のみ）※	どこで 高校の体育館										何をしていてどうした	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？	□はい ⇒申請前に健保組合までお問合せください										□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）	□はい										□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（装具領収書金額）																	
	所在地	刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地										15,613 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										店番	1	2	3	口座番号	0	0	1	2	3	4	5							
〇〇〇〇	銀行・信金										店	〇〇	預金種別	フリガナ															
金融機関コード（健保記入）											普通・当座	口座名義人氏名																	
										健保 太朗																			

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)	① ☒ 装具代金の領収書(原本) ② ☒ 医師の証明書(原本) ③ ☒ 治療用装具作製確認書 ④ ☒ 装具の写真 → ☐ 写真添付 → ☒ データ送付	☒ 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) ☒ 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) ☒ ①～④の必要書類がすべて揃っていますか ☒ 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ばーたるへの掲載となります。 ☒ D'sば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	201. 補装具（弾性着衣・義眼・その他）										支給番号	5 0 0									
	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	R 年 月 日から									
	家族番号	医療扶助 有 () ・ 無											R 年 月 日まで 日間									
	診療実額	円										給付額合計	円									
備考											付加金・高額療養費	無 ・ 有 ・ 停止										

※ 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