

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 家 族

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号 987 番号 654321	② 事業所名称	(株)〇〇〇〇
	③ 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	④ 生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日
	⑤ 住所	〒110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) 〇〇〇〇
			⑦ 提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	⑧ 金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行・金庫・信託 郵便・その他)	コード番号	⑨ 預金種別	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()
		△△△△ (支店・本店・出張所 その他)	コード番号	⑩ 口座番号	1234567
	⑪ 口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ	⑫ 口座名義区分	☒ 被保険者(申請者) ☐ 代理人	
	⑬ 公金受取口座	☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)			

委 任 状	⑭ 被保険者 (申請者) 口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	⑮ 代理人 (口座名義人)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		氏名		
		住所		
⑯ 代理人 (口座名義人)	氏名	被保険者との関係()		

申 請 内 容	⑰ 受診者 (どちらかに✓)	☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	⑱ 第三者行為に よるものですか ※	☐ はい ☒ いいえ	
	⑲ 家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()	
	⑳ 傷病名	左足アキレス腱断裂			
	㉑ 発病の原因 および経過	① 病気 自宅の階段から転落 ② ケガ → 別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。			
	㉒ 診療を受けた病院等	名称	〇〇整形外科医院	㉓ 診療した医師の氏名	〇〇 〇〇
		所在地	東京都台東区△△ ×-×		
	㉔ 診療期間 (支給期間)	平・令 〇年 8月 5日 から 平・令 〇年 8月 5日 まで (日数 1日)			
	㉕ 上記期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)			
㉖ 療養に要した費用	×,×××× 円	㉗ 診療の内容	装具の装着		
㉘ 装具等の装着について 指示を受けた日	平・令 年 月 日	㉙ 装具装着日	平・令 年 月 日		
㉚ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	5	5. 治療用装具を作成したため			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑧ マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行名記載欄

東京電子機械工業 健康保険組合 (送付先: 〒111-8530 東京都台東区雷門1-13-8)

R5.7

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなって、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
(住所、振込先口座も同様です。)
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓を付けてください。
(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)
注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票
など)の添付が必要となります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合(03-3843-1457)にお問い合わせください。
- 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 診療期間には、医師より装具等の装着が必要(指示)とされた日をご記入ください。
(医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。)
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注: ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
(二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印(又はサイン)が必要となります。)

添付書類

装具の種類	添付書類1(全て原本) 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類2(共通)	添付書類3
治療用装具	装具作製(装着)指示書 又は意見書、証明書等	領収書の原本 患者名、装具の名称、 種類、内訳別の費用額 が記載されているもの	靴型装具の写真 靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書		—
小児弱視等の 治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書		—

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。