

健康保険  被保険者  家族

療養費支給申請書（治療用装具）  
療養付加金

令和 年 月 日 申請

〔添付書類〕

- ① 医師の作成指示書の原本
- ② 装着証明書の原本（治療用眼鏡及び弾性着衣は除く）
- ③ 領収書の原本
- ④ 作成した装具の内訳がわかるものを含む）
- ④ 作成した装具の写真（靴型装具作成の場合のみ）

※給付金を受ける権利は、2年で時効になります。時効の起算日は、療養に要した費用を支払った日の翌日から数えて2年です。

〔記入上の注意〕

- 1 被保険者の印は、被保険者自身が署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。
- 2 被保険者以外の口座名義に振込みをご希望の場合は、受取代理人の欄も合わせてご記入ください。

|  |  |   |   |  |              |                |  |
|--|--|---|---|--|--------------|----------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者証の<br>記号と番号                              | ② 被保険者名<br>(被保険者死亡の<br>場合は申請者氏名)  |   | 印  |              |                |  |
|  | ③ 自宅住所   | 〒 電話(日中連絡先) ( )   |   |  |              |                |  |
|  | ④ 事業所名称  |   |   |  |              |                |  |
|  | ⑤ 家族の場合はそ<br>の方の                               | 氏名  | 生年月日  | 昭和・平成・令和<br>年 月 日  | 被保険者<br>との続柄 |                |  |
|  | ⑥ 傷病名  | ⑦ 発病又は<br>負傷の年月日  |   | 年 月 日  |              | (負傷の場合は<br>時頃) |  |
|  | ⑧ 負傷した場合<br>にのみご記入<br>ください                     | 負傷した場所  | <input type="checkbox"/> 社内 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |              |                |  |
|  |  | 何をしている時に、<br>何がどのようになって<br>どこをケガしましたか                                       |   |  |              |                |  |
|  | ⑨ 第三者の行為による傷病ですか                               | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                    |   |  |              |                |  |
|  | ⑩ 診療を受けた<br>病院等                                | 名称  |   |  |              |                |  |
|  | ⑪ 領収書の日付                                       | 年 月 日   |   | ⑫ 装具を購入した費用の額  | 円            |                |  |
|  | ⑬ 他の制度により自己負<br>担相当額またはその一<br>部の支給をうけられま<br>すか | <input type="checkbox"/> いいえ  |   | <input type="checkbox"/> はい (制度名 )<br>(自己負担の <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )<br>(助成金額 円 ) |              |                |  |
|  | ⑭ 受取代理人の欄                                      | 私は _____ ⑮を代理人と定め療養費(家族療養費)<br>及び同付加金の受領方を委任します。<br>被保険者氏名<br>(申請者) _____ ⑮ |   |  |              |                |  |
|  | ⑮ 支払金融機関の欄                                     | 金融機関名   | コード番号   |  |              |                |  |
|  |  | 店名  | コード番号   |  |              |                |  |
|  |  | 預金の種別   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄       |  | 口座番号         |                |  |
| 口座名義<br>(フリガナ)   |  |   |   |  |              |                |  |

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、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|

〔組合記入欄〕

本人 治療用装具

受付日付印

|      |     |    |   |   |   |   |   |               |   |   |   |
|------|-----|----|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|
| 支給内訳 | 支給額 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 得喪<br>資格<br>認 | 年 | 月 | 日 |
|      |     | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |               | 年 | 月 | 日 |
|      | 法定  | 一般 |   |   |   |   |   | 領収日           | 年 | 月 | 日 |
|      | 付加  | 高額 |   |   |   |   |   |               | 年 | 月 | 日 |

○算式

|     |  |
|-----|--|
| ○算式 |  |
|-----|--|

# 装具作成指示書

患者 住所 〒 —

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

上記の者は(傷病名) \_\_\_\_\_により、(入院、外来)加療中  
のもので装具療法として(装具名) \_\_\_\_\_の着用の必要を認  
めます。

令和 年 月 日

医療機関 所在地 〒 —

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

Ⓔ

# 装具装着証明書

上記の診断による装具を装着適合したことを証明します。

(入院 ・ 外来 )

令和 年 月 日

医療機関 所在地 〒 —

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

Ⓔ