

被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具・生血)

1

2

被保険者(申請者)記入用

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	氏名・印 (フリガナ)	印		自署の場合は押印を省略できます。		
	住所 (〒)	都(道) 府(県)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)						

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名・印 印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒) TEL 住所 (フリガナ) 氏名・印 印 委任者と代理人との関係

- ・被保険者証の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(健保記入欄)	支給決定欄			常務理事	事務長	
	資格取得	年	月	日		
	資格喪失	年	月	日		
	区分	本人・家族・6歳未就学・高齢 (割)			担当	担当
支給決定額	円					

受付印

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--	--

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--	--

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

【添付する書類】

- ①領収書(原本)および領収書の内訳(見積書など)
- ②医療機関等が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)及び装具装着証明書」

【注意事項】

- ①リンパ浮腫治療のための弾性着衣を申請する方へ
弾性着衣等の場合は「弾性着衣等装着指示書」が必要です。
※一度に購入できる弾性着衣は洗い替えを考慮し、2着を限度とします。
※2回目以降は、前回の購入(領収日)から6カ月経過していること。
- ②靴型装具を申請する方へ
靴型装具に係る申請に際し、当該装具の写真
(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)の添付が必要です。
- ③小児弱視等治療用眼鏡等を申請する方へ
「検査書の写し」と医師の「眼鏡等作成指示書」が必要です。
「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果
- ④生血を申請する方へ
医師の「輸血証明書」「領収書」が必要です。
- ⑤治療用装具の更新については健康保険の基準で定められた耐用年数及び装着期間が経過していない場合は対象となりません。