

常務理事	事務長		係

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)
 家 族

1 2
 被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 〇〇	番号 △△△△△	事業所名 〇〇株式会社 △△営業所
	氏名	(フリガナ) クミアイ タロウ 組合 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 3 月 4 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××) 〇〇市〇〇一丁目〇〇-△△	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 059 (123) 5678

本申請書の提出を事業主へ委任します。

会社振込になりますので必ず✓をしてください

ページに続きます。>>>

添付書類	
治療用装具 (コルセット)	<input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書(明細書) <原本> <input type="checkbox"/> 治療用装具作成指示装着証明書(医師の証明) <原本> <input type="checkbox"/> 装具作製確認書 <原本> <input type="checkbox"/> 購入された装具写真>メール送信日(/)
小児弱視等の 治療用眼鏡等	※9歳未満の小児で、「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」のため作成した 治療用眼鏡及びコンタクトレンズが対象 (※アイパッチ、フレネル膜プリズムは保険対象外。) <input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書(明細書) <原本> <input type="checkbox"/> 病名記載のある治療用眼鏡等作成指示書(医師の証明) <原本>
四肢のリンパ浮腫 治療のための弾性 着衣等	※鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節砒郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する 四肢リンパ浮腫又は原発性の四肢リンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療に 使用されるものが対象。 <input type="checkbox"/> 装着者の氏名が記入された領収書・内訳書(明細書) <原本> <input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書(医師の証明) <原本>

添付書類を必ず確認してください

受付年月日	昭・平・令	年	月	日	
同年月日	令和	年	月	日	
決裁年月日	令和	年	月	日	
支給金額	支払年月日	令和	年	月	日

申請書はA4・両面印刷でお願いします

被保険者氏名 組合 太郎

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	右アキレス腱断裂	3 発病または 負傷年月日	令和 8 年 1 月 15 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気	(原因および経過) 自宅付近の体育館で、サッカーの練習中、 走り出した瞬間に負傷した	
		<input checked="" type="checkbox"/> ケガ	→ 負傷原因報告書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
		〇〇整形外科	〇〇市〇〇一丁目〇〇-△△	〇〇 〇〇
		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 8 年 1 月 15 日から	日数	3 日
		令和 8 年 2 月 1 日まで		
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	日数	日	
	令和 年 月 日まで			
7 装具等の装着について 指示を受けた日	令和 8 年 1 月 15 日			
8 装具装着日	令和 8 年 2 月 1 日			
9 療養に要した費用の額	28,348 円			
10 診療の内容	右足の装具の装着			