

記入例

療養費支給申請書(治療用装具)

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部
船員保険

船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 療養費 支給申請書
(治療用装具)

装

被保険者(申請者)記入欄

被保険者(申請者)欄	① 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
	② 個人番号 (マイナンバー)	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)
	② 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センポ タロウ 船保 太郎
	④ 生年月日	〔歳〕 〇 〇 年 月 日 〔平成〕 〇 〇 年 〇 月 〇 日 〔令和〕 〇 〇 年 〇 月 〇 日
	⑤ 住所	郵便番号 1 0 2 - 8 0 1 6 電話番号 (日中の連絡先) 03 (××××) 〇〇〇〇 東京 千代田区富士見2-7-2

① 資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑤をご確認ください。

② 船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族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・振込口座も同様です。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。		
	金融機関名称	〔銀行〕 〔信用金庫〕 〔信用協同組合〕 〔信用組合〕 〔農協〕 〔漁協〕 〔その他〕 ()	〔本店(本所)〕 〔出張所〕 〔支店(支所)〕
	預金種別	〔普通〕 〔当座〕	カタカナでご記入ください。
口座番号	口座名義		

③ 公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

⑦ 受取代理人の欄	④ 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	
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ)	住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
		氏名	被保険者との関係
	住所	郵便番号 ()	電話番号 (日中の連絡先) ()

④ ③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1 受付日付印

ご提出先 〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階 全国健康保険協会 船員保険部

⑤ ①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点) ※1 ※2

- 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー
- その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

⑧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。
※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)



船員保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 (治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑧	受診者 ※被保険者の場合、 ⑧の記入は不要です。	氏名	船保 花子			生年月日	令和〇〇年03月21日	
	⑨	傷病名	右膝関節靭帯損傷				発病 または 負傷年月日	令和〇年7月12日	
	⑩	⑥ 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気(疾病) → [発病時の状況] <input checked="" type="checkbox"/> ケガ(負傷) → 別紙「負傷原因届」を添付してください。						
	⑪	診療を受けた医療機関等	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
			〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇		〇〇 〇〇			
	⑫	⑦ 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	医療機関の名称	医療機関の所在地		診察した医師等の氏名			
	⑬	装具等の購入日 (領収日)	令和	〇	年	07	月	15	日
	⑭	⑧ 装具等の装着確認日 (証明日)	令和	〇	年	07	月	22	日
	⑮	⑨ 装具等の購入金額	26,500 円						
⑯	診療の内容	治療用装具の装着							
⑰	療養費の支給申請の理由	治療用装具を作製したため							

⑥
病気(疾病)の場合は、発病時の状況を記入してください。(わからない場合は、「不詳」とご記入ください。)ケガ(負傷)の場合は、別紙「負傷原因届」を添付してください。

⑦
治療用装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。
(例)
・弾性着衣の場合:「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合:「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日

⑧
治療用装具を装着した日をご記入ください。
(例)
「治療用装具作成指示装着証明書」に記載されている装具を装着した日
※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は、ご記入の必要はありません。

⑨
領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請書であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなった場合は、生計を同じくされていたご家族の方がご記入ください。

添付書類をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

<p>治療用装具を購入、装着したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載された領収書 ● 医師が記入・証明した「治療用装具作成指示装着証明書」 ● 靴型装具の場合、療養費の支給申請を行う靴型装具の現物写真
<p>弾性着衣等を購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 弾性着衣の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書 ● 医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」
<p>小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー ● 「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、視力等の検査結果のコピー
<p>スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部支持型角膜形状異常専用コンタクトレンズを購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 コンタクトレンズ等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー ● 「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に傷病名が記載されていない場合は、傷病名が記載された処方箋等のコピー
<p>▼ 上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。</p>	
<p>ケガ(負傷)による申請の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 負傷原因届 ※
<p>第三者による傷病の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 第三者行為による傷病届 ※
<p>被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」 ● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ ホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。)



療養費の支給要件等

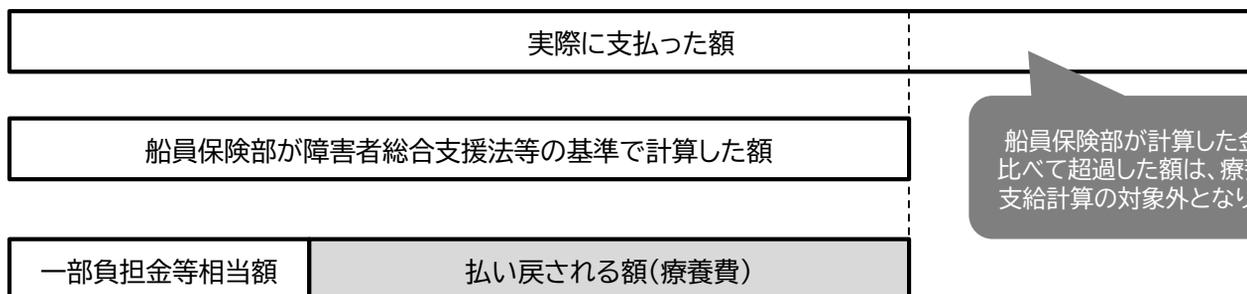
支給対象となる治療用装具

治療用装具が療養費の支給対象となるのは、次のような場合などです。

- ① 医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼、弾性着衣などの治療のため必要な装具を購入、装着した場合(治療用装具代を全額負担したとき)
- ② 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入した場合(眼鏡代等を全額負担したとき)※治療用眼鏡等の更新の場合は、年齢や装着期間によって支給対象とならない場合があります。

支給額

申請書に添付された領収書等により、船員保険部が障害者総合支援法等により定められた額に基づき計算した額(実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額)から、一部負担金等相当額(加入者が負担すべき額)を差し引いた額を療養費として支給します。



ご存知ですか？

治療用装具を購入した場合以外にも、やむを得ずマイナ保険証を提示できず自費で受診したときなど、船員保険部がやむを得ないと認めたとときにも療養費として支給します。

この場合の支給申請は、療養費支給申請書(立替払等)をご使用ください。

- ① マイナ保険証を持参できず、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- ② 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず船員保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- ③ 船員保険の加入期間に、資格がなくなった他の保険者(国民健康保険など)の記号番号で診療等を受け、当該保険者に医療給付費の返還を行ったとき
- ④ 生血液の輸血を受けたとき(保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません。)
- ⑤ 臍帯血等を搬送したとき