

# 健康保險 被保險者家 族 療養費 支給申請書(治療用裝具)

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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になります。)
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
		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。			
氏名				※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。	
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>		
住所	都 府	道 県			
公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/>	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 <b>不要</b> 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、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。					
金融機関名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協		支店名	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 代理店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> 営業部 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>		

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。

## 社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。-

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)												
添付書類	領収書	<input type="checkbox"/>	1.添付 2.不備			購入金額	<input type="checkbox"/>					円		
	医師 証明書等	<input type="checkbox"/>	1.添付 2.不備	装着 指示日	令和	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	年	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	日	写真 (靴型装具)	<input type="checkbox"/>	1.添付 2.不備
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1.添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1.添付								
申請内容	装具種類	<input type="checkbox"/>	1. コルセット等 2. 眼鏡等(弱視) 3. 眼鏡等(弱視以外) 4. 弹性着衣 5. 靴型装具			弱視用 眼鏡	<input type="checkbox"/>	1. 掛け眼鏡式 2. 掛け眼鏡式(高倍率) 3. 焦点調整式						
	弹性着衣 種類	<input type="checkbox"/>	1. ストッキング(両足) 2. ストッキング(片足) 3. スリーブ 4. グローブ 5. 包帯(上肢) 6. 包帯(下肢)			弹性着衣 対象病名	<input type="checkbox"/>	1. リンパ浮腫治療 2. 難治性潰瘍治療			弹性着衣 購入枚数	<input type="checkbox"/>		
6 6 1 1 1 2 0 3	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他			(理由)				枚数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
受付日付印														

**被保險者氏名**

①-1 装具作製対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)																															
①-2 ① 装具作製対象者の氏名(カタカナ)	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																															
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。																																
①-3 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日 2. 平成 3. 令和																															
② 傷病名	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 70%;"> </td><td style="width: 30%; text-align: right;">③ 発病または負傷年月日</td></tr></table>		③ 発病または負傷年月日																													
	③ 発病または負傷年月日																															
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病																															
④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. 請求中 3. 未請求																															
⑤ 行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ																															
「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。																																
⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称																																
⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地																																
⑥-3 診療した医師等の氏名																																
⑦ 装具等の装着指示日(医師による装着指示日)	令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日																															
⑧ 装具等購入日(領収日)および金額	令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 円(右づめ)																															
⑨ 装具等装着確認日(証明日)	令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日																															
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着																															
⑪ 療養費申請の理由	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; text-align: center;">5</td><td>5. 治療用装具を作製したため</td></tr></table>	5	5. 治療用装具を作製したため																													
5	5. 治療用装具を作製したため																															

『健康保険療養費支給申請書（治療用器具）記入の手引き』をご確認ください。

6	6	1	2	1	2	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---