

健康保険被保険者療養費支給申請書 (治療用装具用) 任意継続者用

① 被保険者証の記号・番号				② 事業所名			
③ 被保険者の氏名		(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
⑤ 療養を受けた者の氏名 生年月日・続柄		氏名 (フリガナ)		生年 月日		昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	
⑥ 傷病名							
⑦ 発病または負傷の原因・状況 (なるべくくわしく)		いつ(発生日時)令和 年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ どこで(場所) なにをしていて どのようにして 負傷したか 私 用 ・ 通勤の行き帰り ・ 仕 事 中				⑧ 第三者行為によるものですか ・ はい ・ いいえ	
⑨ 診療又は手当を受けた病院等の		名 称					
		所 在 地					
		医 師 の 氏 名					
⑩ 診療又は手当を受けた期間		装具装着日 令和 年 月 日		⑪ 入院の有無 入院期間		あり・なし 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
⑫ 診療又は手当を受けた内容				⑬ 診療又は手当に要した金額		円	
⑭ 療養の給付を受けることができなかった理由		□治療用装具を作成したため □弾性着衣を購入したため		□小児弱視等治療用眼鏡購入 □その他()			
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日		⑮ 〒 住所		フリガナ 被保険者(請求者)氏名 電話			

振込先口座欄(いずれかの□にチェックしてください)

次の口座に振り込みを希望します。

_____ 銀行 _____ 支店 種別 普通・当座

口座番号 (フリガナ) 口座名義 _____

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、公金口座等の記入は不要です。)

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

◎この申請書は、やむを得ない理由で健康保険被保険者証を使用することができなかった場合に、申請してください。

記入するときの注意事項

記入するときは、鉛筆は使用しないでください。

提出するときは、記入もれのないように注意してください。

⑦欄、けがをした場合(打撲、捻挫、骨折など)は、発生の原因・状況等についてくわしく記入してください。

⑧欄、発病の原因が第三者行為(交通事故など)による場合は、当健康保険組合に備え付けの「第三者行為用の負傷届」を添付してください。

⑪欄、⑩欄に記入した期間のうち、入院した期間があれば、その期間を記入してください。

⑭欄の理由は具体的に必ず記入してください。

⑮欄、住所は番地等を忘れないように(特に〇〇方、〇〇マンションなど)記入してください。

※ 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印した印による訂正のどちらかをしてください。

添付書類

治療用装具を購入されたとき

⇒ 医師の意見書と義肢製作所の領収書の原本および作成された装具の内容が分かる内訳書等

※靴型装具を購入された場合は、実際装着する装具の写真が必要になります。

治療用眼鏡を購入されたとき

⇒ 医師の作成した弱視等治療用眼鏡当作成指示書

治療用眼鏡等の記載のある領収書原本

弾性着衣を購入されたとき

⇒ 医師の弾性着衣等の装着指示書

弾性着衣等を購入した際の領収書原本