

支給決定決議書							
受付年月日	年	月	日	常務理事		担当者	
伺年月日	年	月	日				
決裁年月日	年	月	日				
支給決定額	円						
装具装着指示日	年	月	日	資格取得日	年 月 日		
装具装着日	年	月	日	資格喪失日	年 月 日		

健康保険被保険者療養費支給申請書（装具）

記号・番号			被保険者 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成			
被保険者 氏 名	(フリガナ)			備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(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(マイナンバーカードの写等)が必要です。)		
被保険者 住所 電話番号	〒 - Tel						
事業所名称			事業所所在地	〒 -			
振込希望先の 金融機関	名称	銀行		支店	預金別	普通	
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)					
受診者	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	☒ 被扶養者の氏名		被扶養者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
傷病名				発病または負傷 年月日	令和	年 月 日	
上記傷病の 発病および 経過	☐ 病気 (原因および経過)						
	☐ けが → 労災に該当しますか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」場合は本療養費支給申請できません。 → 第三者行為に該当しますか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。						
診療を受けた 医療機関等の	名称		所在地		診療した医師の氏名		
	名称		所在地		診療した医師の氏名		
診療を受けた期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日					
装具等の装着について 指示を受けた日	令和 年 月 日		装具装着日	令和 年 月 日			
療養に要した 費用の額	_____ 円						
診療内容							
療養費の支給 申請の理由	治療用装具を作成したため						

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

添付書類

治療用装具(下記装具以外)を購入、装着したとき:

- ・ 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・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)が記載されたもの)
- ・ 医師が記入・証明した「意見および装具装着証明書」
- ・ 靴型装具の場合、装着後の現物写真

9歳未満の小児弱視・斜視・先天性白内障の術後の屈折矯正の治療用メガネやコンタクトレンズを購入したとき:

- ・ 領収書(メガネ等の名称、種類等の費用額が記載されたもの)
- ・ 医師の、傷病名の記載のある「眼鏡等作成指示書」のコピー

スティーヴンス・ジョンソン症候群およ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眼用コンタクトレンズを購入したとき:

- ・ 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もの)
- ・ 医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー(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)

弾性着衣等を購入したとき:

- ・ 領収書(弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載されたもの)
- ・ 医療機関が発行した「弾性着衣等装着指示書」

注意事項

- ・ 添付書類はコピーと記載されているもの以外は原本をご提出ください。
- ・ 治療用装具等を再作成する場合、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。