

# 療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

自動車振興会 健康保険組合 | 業務課給付係 03-3442-7215

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 治療用装具

被保険者情報	1 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	(株)〇〇〇〇
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	生年月日	昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日
	住所	〒 110- 0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090( 1234) 〇〇〇〇

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行・金庫・信組 農協・その他)	預金種別	普通 当座・その他 ( )
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△△ (支店・本店・出張所 その他)	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
3 公金受取口座	口座名義	ケンポ タロウ	口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人
公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委任状	4 口座名義区分が 代理人の場合に ご記入ください	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所
		氏名	被保険者との関係 ( )

申請内容	6 受診者(どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ	
	7 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )	
	傷病名	両扁平足	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 〇年 〇月 〇日
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は「負傷届」の添付が必要です)	原因 不明 経過 良好		
	8 診療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都台東区△△ X-X	診療した医師の氏名	〇〇 〇〇
	診療期間(支給期間)	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで (日数 〇日)		
	療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	装具の装着
	療養の給付を受ける ことができなかった理由	治療用の補装具、弱視等治療用眼鏡を作成したため		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

9 マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

\_\_\_\_\_ マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士記載欄 氏名等 \_\_\_\_\_

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- 2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続人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、振込先口座も同様です。)
- 3 マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓を付けてください。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)注:マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 4 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
- 5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当健康保険組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 6 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、被保険者との戸籍上の続柄をご記入ください。
- 7 発病又は負傷の原因が骨折等の外傷性の場合は、別途「負傷届」を提出してください。
- 8 診療期間には、医師より装具等の装着が必要(指示)とされた日をご記入ください。(医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。)
- 9 ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

### 添付書類

装具の種類	添付書類1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類2 (共通) 領収書の原本 患者名、装具の名称、種類、内訳別の費用額が記載されているもの	添付書類3
治療用装具	治療用装具製作指示装着証明書の原本 又は意見書、証明書等の原本	靴型装具の写真 靴型装具を作成した場合	—
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書の原本		—
小児弱視等の治療用眼鏡等	弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し	—	—