

治療用装具

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書

健康保険証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	事業所名	〇〇〇（株）〇〇〇支店
被保険者の氏名			〇〇〇 〇〇〇〇		生年月日	昭和平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
被保険者の住所			〒 - 電話番号 現住所、日中連絡がつく電話番号を記入してください。			
療養を受けた方	氏名	受診された方の氏名、生年月日、続柄（妻・長男・長女等）を記入してください。				被保険者の続柄
傷病名	傷病名、負傷年月日を記入してください。または負傷年月日 令和 年 月 日					
負傷の原因（具体的な状況）	負傷（ケガ）の場合は負傷状況（どこでどうしてどうなった）を詳しく記入して下さい 病気（特定できない時）は「不詳」と記入、ケガの時は負傷の原因を詳しく記入してください。					
確認事項（該当にチェック）	1. 負傷（ケガ）の原因は第三者行為（交通事故等）に ※「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」 2. 今回の傷病は、通勤途上または業務中によるもので					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請の理由（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ① 治療用装具（コルセット等）を作製・購入し、装着したため（ <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 既製品） <input type="checkbox"/> ② 小児用弱視の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため <input type="checkbox"/> ③ 四肢のリンパ浮腫治療 <input type="checkbox"/> ④ その他（理由： （例）慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等の購入等も療養費の対象となります。					
診療を受けた医療機関	名称	診療を受けられた病院名、住所、医師名を記入してください。				
診療を受けた期間（装具を装着した日）	令和 年 (うち入院期間)	「装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日を記入、うち入院期間がある場合は記入してください。小児用弱視の眼鏡等や弾性着衣等の場合は記入不要です。				
医師から装具装着の指示を受けた日	令和 年 月 日	医師から装具装着の指示を受けた日、領収書の金額を記入してください。				
本件について、事業所を経由して給付すること、申請内容について事業所に確認することに同意します。						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 同意をお願いします。
受取方法	【在籍者】事業所に委任して下さい	委任状	私は本給付金の受領を右記の者に委任します。 被保険者（請求者）氏名 〇〇〇 〇〇〇〇		私は本給付金の受領を左記の者より委任しました。 (受任者) 事業所にて「事業所名称」および「受任者氏名」をご記入下さい。(ゴム印可能)	
	【退職者】振込先を記入して下さい	銀行・信金	本店支店	普通・当座・貯蓄 退職者の方のみ、記入して下さい。		
口座番号	口座番号		口座名義			
ご留意事項	1. この申請書は「人別・月別・医療機関別（入院・外来・歯科・調剤薬局別）」で1枚ずつ提出してください。 2. 「申請の理由」別に次の証明書類（原本）を添付して下さい。 ① 治療用装具を作製・購入し、装着したため ・「領収書」および「医師の意見および装具装着証明書」（注）靴型装具の場合は作製した装具の写真 ② 小児用弱視の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため ・「領収書」および「医師の治療用眼鏡等作成指示書」（注）作成指示書に視力等の検査結果の明記がない場合は検査結果 ③ 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したため ・「領収書」および「医師の弾性着衣等装着指示書」 ④ その他（例） ・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治療のための輪郭部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズの購入：「領収書」および「医師の意見および装具装着証明書」 ・慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等の購入：「領収書」および「医師の弾性着衣等装着指示書」					

【被保険者の方へ】

- 請求書の締切（健保到着日）は毎月10日で、翌月25日に支給します。  
(在職中は給与の中で支給します。受取方法「委任状」に、ご署名をお願いします。)
- 支給日の月初（概ね5日頃）に当組合の「KOSMOWeb加入者向けサービス」<https://kosmoweb.jp> から支給額を確認して頂けます。  
未登録の方は登録をお願いします。ユーザーID・パスワードが分からない方は当組合にお問合せ下さい。

【事業主の方へ】

- 受取方法「受任者」に事業所名称および受任者氏名のご記入をお願いします。(ゴム印可能)