

|                  |            |     |              |   |   |
|------------------|------------|-----|--------------|---|---|
| 健康保険             | 被保険者<br>家族 | 療養費 | 支給申請書（治療用装具） | 1 | 2 |
| 被保険者（申請者）・事業主記入用 |            |     |              |   |   |

|     |
|-----|
| 記入例 |
|-----|

|                                                     |                |                                                                          |      |                                                                       |    |     |
|-----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）<br>情<br>報 | 記号             | 番号                                                                       | 生年月日 | 年                                                                     | 月  | 日   |
|                                                     | 成休映台等<br>記号・番号 | 456                                                                      | 78   | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 62 | 410 |
|                                                     | 氏名             | フリガナ<br>ケンポ タロウ<br>健保 太郎                                                 |      |                                                                       |    |     |
|                                                     | 住所             | (〒 151 - 0051)<br>東京 都 道 渋谷区千駄ヶ谷2-37-9<br>TEL (日中の連絡先)<br>03 (3404) 7344 |      |                                                                       |    |     |

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」、「住所」をご記入ください。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

|                 |                                     |          |
|-----------------|-------------------------------------|----------|
| 被保険者<br>(申請者)   | 氏名                                  | 令和 年 月 日 |
| 代理人<br>(健康保険組合) | 事業所所在地<br>事業所名称<br>氏名<br>電話番号       | 令和 年 月 日 |
|                 | ケンポ ジロウ<br>〇〇銀行 〇〇支店<br>普通 〇〇〇〇〇〇〇〇 |          |

※下記確認欄へ☑をお願いします。

|                                     |                                                            |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 確認欄                                 | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>② 記載内容については、誤りがなく申請者本人が確認している。 |

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

|                  |                    |                                                      |                       |
|------------------|--------------------|------------------------------------------------------|-----------------------|
| 委<br>任<br>状<br>欄 | 被保険者<br>(申請者)      | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。                       | 令和 5 年 7 月 1 日        |
|                  | 氏名                 | 健保 太郎                                                | 住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ |
|                  | 代理人<br>(健保口 口座名義人) | 事業所所在地<br>事業所名称<br>氏名<br>電話番号                        | 令和 5 年 7 月 2 日        |
|                  |                    | 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇<br>〇〇設計事務所<br>設計 大助<br>03 (3404) 9545 |                       |

|                  |        |                                                                                        |
|------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 受<br>取<br>口<br>座 | 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。<br>(利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。) |
|------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

「申請者記入用」は2ページに続きます>>

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

|                       |
|-----------------------|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |
|-----------------------|

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

●医師の指示により治療用装具（コルセット、弾性着衣等）を購入、装着したとき、  
9歳未満の小児が弱視等の治療を目的としてメガネやコンタクトレンズを購入したとき  
に申請を行ってください。

●添付書類については当組合HPをご参考ください。  
トップ>各種手続き>病氣やけがをしたとき>医療費の立て替え払い・装具等を購入したとき【療養費】

被保険者氏名 **健保 太郎**

|      |                     |                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                         |
|------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 申請内容 | 1 受診者               | 2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                         |
|      | 1-①家族の場合はその方の       | 氏名 <b>健保 花子</b>                                                                                                                                                                     | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <b>63</b> 年 <b>8</b> 月 <b>20</b> 日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
|      | 2 傷病名               | <b>右膝関節靱帯損傷</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                         |
|      | 4 発病の原因および経過（詳しく）   | <div>2</div> 1. 病気 → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span><br>2. ケガ ⇒ <b>負傷原因届を合わせてご提出ください。</b> |                                                                                |                                                         |
|      | 5 診療を受けた医療機関等の      | 名称 <b>〇〇総合病院</b>                                                                                                                                                                    | 所在地 <b>東京都〇〇区〇〇 〇-〇</b>                                                        | 診療した医師等の氏名 <b>保健 五郎</b>                                 |
|      | 6 装具等の装着について指示を受けた日 | (令和) 年 月 日<br><div>5</div> <div>6</div> <div>1</div> <div>4</div>                                                                                                                   |                                                                                |                                                         |
|      | 7 装具装着日             | (令和) 年 月 日<br><div>5</div> <div>6</div> <div>1</div> <div>7</div>                                                                                                                   |                                                                                |                                                         |
|      | 8 療養に要した費用          | <b>25,000</b> 円                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                         |
|      | 9 診療内容              | <b>右膝用装具の装着</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                         |
|      | 10 療養費の支給申請の理由      | <div>5</div> 5. 治療用装具を作成したため                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                         |

2. ケガ（外傷）の場合は**負傷原因届**を合わせてご記入ください。

第三者が関わるケガ（交通事故等）や労働災害・通勤災害に該当するケガの場合は、当組合にご連絡ください。

|                                                                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 記入例 健康保険 負傷原因届                                                                                                  |           |
| 申請書は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入してください。                                                                               |           |
| 健康保険 負傷原因届 <span style="float: right;">(被保険者・扶養者) 記入用</span>                                                    |           |
| 記号 <b>5678</b> 番号 <b>43</b> 事業所名 <b>〇〇設計事務所</b>                                                                 |           |
| 氏名 <b>健保 太郎</b> 生年月日 <b>昭和 63 年 8 月 20 日</b>                                                                    |           |
| 住所 <b>〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇 〇-〇</b>                                                                               |           |
| 名義した方 <input type="checkbox"/> 被保険者・扶養者 (氏名 <b>健保 花子</b> )                                                      |           |
| 申請した方の勤務先 <input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 役員、ある役員、役員となく、役員となく、役員となく、役員となく | 労務管理に準拠記入 |

装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。

(例)

- ・弾性着衣の場合：「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
- ・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日

「装具装着証明書」等に記載されている装具等を装着した日をご記入ください。  
※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。

領収書に記載されている金額をご記入ください。