

療養費支給申請書(治療用装具用)

●●●●年 ●月 ●日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号-番号	記号 ●●	番号 ●●●●	フリガナ 被保険者自署 (社員本人)	ケンポ タロウ 健保 太郎	
	現住所 電話番号	〒 ●●●●-●●●● 東京都千代田区永田町●-●●				日中連絡可能な電話番号: 090 (●●●●)●●●●
	会社名	●●生命保険株式			支社・チーム名	●●支社
	受診者氏名	健保 花子		受診者の 生年月日	S H R	17年 2月 22日生 続柄 長女
	傷病名	左膝前十字靭帯損傷		発病又は 負傷の日時		
	発病又は負傷の 原因を詳しく	部活動でバスケの試合をしているとき、ジャンプ後の着地に失敗し、転倒。受診したところ冗句傷病と診断された。				
	傷病の経過と現 在の状況を詳しく	疼痛緩和と安静を兼ねてギプス固定をおこなうこととなった。現在はリハビリをおこないながら、徐々に可動域を広げている。				
	医療機関と 担当医	医療機関名: ●●整形外科		担当医師名:		
	診療の期間等	診療期間等 ●●年 ●月 ●日から ●●年 ●月 ●日まで		診療日数 3日	区分 入院外 ・入院	左記の期間中で入院した期間 年 月 日から
	療養の給付を受 けることができな かった理由	<input type="checkbox"/> 小児弱視等治療用眼鏡作成のため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具作製のため		<input type="checkbox"/> その他	支払	治療用眼鏡の支給申請の方はチェック不要です。 なお、この申請書の 2 枚目の明細欄の記入が必要 な場合がありますので、ご確認ください。
装具作製時の状 況(ギプス等を作 製した場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 型を取った <input type="checkbox"/> 何も行ってない		<input type="checkbox"/> メジャーで測定した <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 試着で確認		
今回、装具を作製した部位で、身体障害者手帳を持っていますか (障害者総合支援法による補装具費の支給対象になるか確認するため)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい ⇒ 身体障害者手帳(写)を添付してください。 <input type="checkbox"/> いいえ			
第三者行為によ って負傷したも のですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		第三者行為に起因しては、健康保 険から支給されません。	障害者支援法による補装具の支給対象となるか判断 するため、確認しています。 補装具の場合は、健康保険の給付対象となりません。		
業務上または通 勤途上の負傷で すか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		「はい」の場合事業主に報告のうえ、労災申請を行ってください (労災対象の場合は健康保険対象外です)			
振 込 先 口 座	金融機関名	支店名		口座番号		
	●●銀行 信用金庫 (銀行コード: 0010)	●●支店 (支店コード: 001)		普通預金		
口座名義 被保険者名義 (社員本人の口座)						

- ※ 網掛け部分について、被保険者自らご記入ください。
- ※ 保険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番号欄へ記載してください。
- ※ 小児弱視等治療用眼鏡作成の場合、領収証に明細の記載がない場合は、明細書などを添付するか、この申請書の 2 枚目にある記入欄に販売店が記入してください。

受付日付印

健康保険法 施行規則 第六十六条（療養費の支給の申請）【抜粋】

療養費の支給を受けようとするときは、被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

- 一 被保険者証の記号及び番号
 - 二 診療、薬剤の支給又は手当を受けた者の氏名及び生年月日
 - 三 傷病名及びその原因、発病又は負傷の年月日並びに傷病の経過
 - 四 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地又は氏名及び住所
 - 五 診療又は調剤に従事した医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名
 - 六 診療、薬剤の支給又は手当の内容及び期間並びにその診療、薬剤の支給又は手当が食事療養、生活療養、評価療養又は選定療養を含むものであるときは、その旨
 - 七 療養に要した費用の額
 - 八 療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を受けることができなかった理由
 - 九 疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）
- 2 前項の申請書には、同項第七号に掲げる費用の額を証する書類を添付しなければならない。
 - 3 前項の書類が外国語で作成されたものであるときは、その書類に日本語の翻訳文を添付しなければならない。

小児弱視等治療用眼鏡作成明細			
治療用眼鏡の領収証に下記明細が記載されていない場合は、眼鏡販売店がこの欄に記入するか、明細書などがある場合は明細書を添付してご提出ください。			
	品名	金額（税抜き）	数量
①	フレーム代	円	本
②	レンズ代	円	枚
③	その他（	この太枠内の内容は、被保険者（社員本人）ではなく、小児弱視等治療用眼鏡の販売店の方がご記入ください	
④	その他（		
⑤	その他（ ）	円	
⑥	その他（ ）	円	
①～⑥の合計金額		円	
この欄の記入者		販売店名：	
		販売店住所：	
		電話番号：	
		ご担当者：	

療養費支給申請書(装具用)チェックシート

「療養費支給申請書(治療用装具用)」と一緒に提出してください。

	チェック項目	チェック欄
申請書について	被保険者氏名は被保険者(社員本人)が記入しましたか？	<input type="checkbox"/>
	記入事項はすべて漏れなく記入してありますか？ (記入漏れがあると支給することができません。書き方がわからないときは健保組合までお問い合わせください。)	<input type="checkbox"/>
	今回の申請は労災、通勤災害、第三者行為によるものではないですか？該当する場合は健保組合に連絡しましたか？	<input type="checkbox"/>
	振込希望金融機関は被保険者(社員本人)の口座で間違いはないですか？	<input type="checkbox"/>
必要書類について	必要書類はすべてそろっていますか？ * ご提出いただいた領収証(原本)等の返却はできません。自治体等に提出の予定がある場合は事前にコピーをとっておいてください。	
	《治療用装具》 ① 領収書(原本) * 以下の事項すべての記載が必要です ・料金明細(内訳別に名称、採型区分、種類等、価格を記載) ・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合、製品名要) ・治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名(フルネーム) ② 医療機関で発行された証明書 * 以下の事項すべての記載が必要です ・受診者氏名、生年月日、傷病名 ・医療機関の名称、所在地、医師名 ・治療用装具が必要であると認めた年月日 ・治療用装具の装着を確認した年月日 ③ 作製した装具の写真 * 靴型装具のみ ・装具の上下左右、サイズ表記、ロゴマークや製品名があればその箇所の写真	<input type="checkbox"/>
	《小児用弱視等治療等眼鏡》(支給額・年齢の上限、再作成の場合は期間の制限があります) ① 領収書(原本) * 領収証に明細が記載されていない場合は、明細書を添付するか、この申請書の2枚目にある欄に販売店の証明を受けてください。 ・治療用眼鏡の代金である旨記載してあるもの ・受診者氏名で発行されたもの ② 医療担当者の作成指示書 * 以下の事項すべての記載が必要です ・患者氏名、生年月日、傷病名 ・医療機関の名称、所在地、医師名 ・小児用弱視等治療等眼鏡またはコンタクトレンズが必要だと認めた年月日 ③ 受診者の検査結果	
その他	日常生活の向上・改善、利便性、スポーツを目的とするものではないですか？	<input type="checkbox"/>
	疾患の解消(治療)目的ではなく、単に症状緩和(除痛等)を目的とするものではないですか？	<input type="checkbox"/>
	身体障害者手帳をお持ちの方は身体障害者手帳の障害名に記載のある項目に応じた装具の申請ではないですか？(障害者総合支援法の支給対象となる場合もあります)	<input type="checkbox"/>

チェック項目を確認し、記入漏れ・書類の添付漏れがないことを確認しました。

同意書

プルデンシャル健康保険組合御中

私は療養費請求に際して、以下のことに同意します。

1. 貴健保組合が必要な事実確認のために、私が提出した申請書の記載内容に基づいて、関係する受診医療機関及び医師、義肢製作所及び義肢装具士、損害保険会社等に対して診療内容に関する照会を行うこと
2. 貴健康保険組合が照会先に当同意書(写)を提示すること

署名日: 年 月 日

被保険者住所:

受診者氏名(自署):

未成年の場合親権者(自署):