

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者記入用

被保険者情報	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	(事業所名)
	氏名	(フリガナ)		(生年月日) □ 昭和 □ 平成 年 月 日
	住所	(〒) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

委任状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を (氏名)	に委任します。 年 月 日 (住所) 「被保険者情報」の住所と同じ
-----	------	-------------------------------	---

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保使用欄	支給額	円	常務理事	事務長	係
	□ 治療用装具 □ 治療用眼鏡等		□ 被保険者 □ 被扶養者 ()		
	備考			(資格取得日)	年 月 日
			(資格喪失日)	年 月 日	
			(支給決定日)	年 月 日	

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

--

(0404-20-1)

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐ 被保険者

☐ 家族(被扶養者)

(続柄)

1 - ①家族の場合はその方の

(氏名)

(生年月日) ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☐ 病気

(原因および経過)

☐ ケガ ➡ 負傷原因届(40)を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

(名称)

(所在地)

(診療した医師等の氏名)

(名称)

(所在地)

(診療した医師等の氏名)

6 診療を受けた期間

年 月 日 から 年 月 日 まで (日数) 日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

年 月 日 から 年 月 日 まで (日数) 日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

年 月 日

8 装具装着日

年 月 日

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

添付書類 医師の意見証明書・装具証明書・領収書(すべて原本)
写真添付台紙(実際に作製した装具の写真)

(0404-20-1)

治療用装具等 写真添付台紙

領収書と実際に作製された装具が同一かを確認することを目的に「装具の写真」が必要書類となります。
※弱視用の眼鏡の申請の際は、写真添付の必要はありません。

記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名	作製した装具名
-			

(注1) ご自身が実際に装着する現物を撮影した写真を貼付してください。

(注2) 装具全体が確認できるように撮影してください。(①正面、②側面、③ロゴ等の表記 計3枚)

(注3) 装具代金を支払った際に受け取った装具すべての写真を撮影してください。

(台紙が2枚になっても差し支えありません。)

①正面	▶撮影方法	③ロゴ・サイズ・ 品番・メーカー表記等

②側面 (右、左どちらか一方)	▶提出方法 印刷できない場合は、撮影した写真を、当組合までメールで送信してください。 送信先メールアドレス <u>kenpo10010000@star.dnt.co.jp</u> (送信の際、件名に「被保険者氏名・装具写真」と記載してください。) 年 月 日 送信済み
-----------------	---

③その他 (ロゴやタグ、サイズ・品番・メーカー等の表記がある場合) ☐ <u>ロゴやタグ、サイズ・品番・メーカー等の表記なし</u> ※添付する表記がない場合は、必ず上記に✓を入れてください。	▶療養費の対象となる治療装具とは？ ✓ 医師の指示に基づいて作製されたものであること ✓ 治療のために必要不可欠なものであること ✓ 患者の体に合わせて作られたオーダーメイド品であること
--	--

※装具の仕様が確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。