

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き

コルセット、弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身でご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

<p>■ 治療用装具を購入、装着したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載された領収書 ● 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」(※3) ● 靴型装具の場合、療養費の支給申請を行う靴型装具の現物写真
<p>■ 弾性着衣等を購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 弾性着衣等の名称、種類および単価・購入枚数が記載された領収書 ● 医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」(※3)
<p>■ 小児弱視等の治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「眼鏡等作成指示書」のコピー ● 「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー
<p>■ スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 領収書 コンタクトレンズ等の名称、種類等の費用額が記載された領収書 ● 医師の「治療用コンタクトレンズの作成指示書」のコピー ● 「治療用コンタクトレンズの作成指示書」に傷病名が記載されていない場合は、傷病名が記載された処方箋等のコピー

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

<p>■ 請求する傷病の原因が工作中(業務上)または通勤途中によるものであって、労働(通勤)災害の給付を請求中の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 労働基準監督署への照会に関する同意書(※2)(※3)
<p>■ 傷病の原因が第三者の行為(交通事故やけんか等)によるものである場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 第三者行為による傷病届(※3)
<p>■ 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 労働災害について、労災保険の給付の決定に時間を要するため、先に健康保険の給付決定をした場合、労災保険の給付決定後、支給された当該健康保険の給付については、返納していただくことになります。

※3) 日清食品グループ健康保険組合のホームページから印刷できます。

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1 記号・番号は
 ・保険証(R6.12.1以前発行)
 ・資格確認書
 ・資格情報のお知らせ
 ・マイナポータル
 のいずれかからご確認ください。

2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 家族(被扶養者)が治療用装具等を作製・購入した場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。被保険者の氏名(カタカナ)もご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。(住所も同様です。)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具) ページ **治**

※申請書はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。

1	記号(左づめ) 番号(左づめ)	2	生年月日
	被保険者 氏名 (カタカナ)		
	3		
	氏名		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	
	住所		
	振込先指定口座は		
	金融機関名称	支店名	口座番号 (左づめ)
	預金種別		

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーもご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

健保記入欄

