

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

【治療用装具】

聖隷健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	記号	番号	生 年 月 日			事業所 名称						
				昭和 平成	年	月			日 (歳)				
	被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)			被保険者 (申請者) 住 所	(フリガナ)							
						〒 - TEL ()							
	療養が被扶養者に関 するときは、その方の	氏 名		続 柄		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日生 (歳)			
	傷病名					発病または 負傷年月日		年		月	日		
	発病の原因および経過 (詳しく)	「どこで」「何をしているとき」「どうなった」など				診療を受けた 医療機関等		医療機関名 医 師 名					
	治療用装具の 装着について 指示を受けた日	令和 年				月	日	傷病は第三者の行 為が原因ですか (相手はいますか?)		☐ はい ☐ いいえ			
	治療用装具の装着日 及び 医師の装着確認日	装 着 日	令和 年			月	日	医 師 確 認 日	令和 年			月	日
	装具の種類・名称	☐ 装具名 () ☐ コルセット ☐ 小児治療用眼鏡 ☐ 弾性着衣											
療養に要した(治療用 装具)費用の額					円	オーダーメイド、 既製品の別		☐ オーダーメイド ☐ 既製品					
作成した装具士 の業者名・氏名	業者名 : 氏 名 :				採寸、型取り を行った者		☐ 医師、医療関係者 ☐ 装具業者						
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※ 《受取代理人》は事業所が記入												
	《被保険者・申請者》 令和 年 月 日 住 所 氏 名						《受取代理人》 住 所 氏 名						
支 払 金 融 機 関 の 欄	※任意継続・退職者等は支払金融機関の欄を記入。												
	銀 行 本 店			種 別	1 : 普通 2 : 当座	口 の 座 氏 名 義 人	(フリガナ)						
	金 庫 支 店												
	口座番号												
備 考 欄	記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)										受付日付		

※裏面の注意事項をよくご覧の上、提出してください。

※立替払い・生血・移送費の療養費申請書は別様式となりますので、ご注意ください。

治療用装具の療養費申請に係る注意点

- ・装具作成に関わる医師の意見書(指示書)と業者に支払った領収書の添付が必要です。
装具によっては、明細書の添付が必要となる場合があります。
- ・靴型装具については、当該装具の写真の貼付が必要です。
健保組合の加入者自身が撮影した写真の添付が必要です。
装具の全体像、上から、靴底面を撮影してください。
付属部品(中敷き等)も含めて購入したすべての治療用装具が撮影されているもの
※この装具については申請する前に健保組合に連絡いただければ詳細説明します。

写真貼付欄

の り 付 け

◇療養費の支払について

- ・事業所の総務担当者に申請書を提出してください。
- ・原則、療養費は給与払いで支給しますので、受取代理人の欄の《被保険者・申請者》欄をご記入ください。
- ・《被保険者・申請者》欄には、被保険者本人の署名が必要です。
- ・支払金融機関の欄には何も記入しないでください。
(個人口座が誤って記入されているケースがあります。)

◇訂正が必要な時(共通)

- ・記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とサインをご記入ください。

ご不明な点がございましたら、053-413-3323 聖隷健康保険組合までお問い合わせください。

2024年12月改訂