

# 健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書

(治療用装具等)

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号と番号	-	②被保険者(申請者)の氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日		③ 印
	④被保険者の住所	〒 - TEL ( )				
	⑤事業所の名称					
	⑥受診者が被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者との続柄
	⑦傷病名				⑧第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい
	⑨発病または負傷の原因及びその経過	(いつ) 年 月 日	(原因及び経過)			
	⑩診療を受けた医療機関	名称	所在地	診療を担当した医師名		
	⑪初めて受診した日(初診日)	年 月 日	⑫装具作成が決まった日	年 月 日		
	⑬装具の目的	主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか？(複数回答可) <input type="checkbox"/> 患部の支持・矯正・固定・免荷 <input type="checkbox"/> 痛みや症状の緩和(除痛) <input type="checkbox"/> リハビリ時に必要 <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 運動時(スポーツ)に必要 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> その他( )				
	⑭装具の決定	装具は、誰の指示・意志で決められましたか？ <input type="checkbox"/> 主治医の指示で決めた <input type="checkbox"/> 自分で決めた・医師に作成依頼した <input type="checkbox"/> 装具会社の言われるとおりに決めた <input type="checkbox"/> 装具会社の勧めで決めた <input type="checkbox"/> その他( )				
	⑮装具の作成	装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか？ <input type="checkbox"/> ギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりした <input type="checkbox"/> メジャーで細かく測った <input type="checkbox"/> 既製品装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで測定した <input type="checkbox"/> その他( )				
	⑯受診頻度	装具装着後の受診頻度について、医師からはどのような指示を受けましたか？ <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他( )				

振込口座	⑰	銀行・信組	支店
		金庫・農協	出張所
	預金種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義

備考

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へご記入ください。(マイナンバー記載の場合は、個人番号、本人確認の添付書類が必要です)

●給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、下記委任状に記入・押印ください。

受取代理人の欄	⑱本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	被保険者 住所 (請求者) 氏名
	印
	代理人 住所 氏名
	印
	※委任者と代理人の関係( )

\_\_\_\_\_  
受付日付印

被 保 険 者 記 載 欄	<p>①⑨保険給付に関する照会の同意 丸井健康保険組合 理事長殿</p> <p>私は、丸井健康保険組合が療養費の支給に関して関係諸機関に照会することに同意いたします。 なお、本書の写しも有効といたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>氏名 _____ 印</p>
---------------------------------	---

### 作成された治療用装具の写真を貼付ください

(装具の正面、側面、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)

	治療用装具	治療用眼鏡
添 付 書 類	①医師の意見書または同意書(原本) ②治療用装具の領収書(原本)および 領収書の内訳が分かるもの ③装具の写真(2~3方向から、全体がわかるように撮影)	①弱視等治療用眼鏡等 作成指示書 ②領収書(原本)