

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

事業所		健保	
担当	担当	事務長	常務理事

(治療用装具、弾性着衣用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は✓)				
	保険証の記号 - 番号	-		被保険者の所属・氏名	(フリガナ)		
	被保険者生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢	被保険者の住所		
	療養が被扶養者に関するときは、その方の	(フリガナ)	氏名	生年月日	年齢	被保険者との続柄	
	傷病名			発症又は負傷年月日(療養開始日)	令和 年 月 日		
	発症・負傷の原因及び経過			第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	診療を受けた病院等の	名称		所在地	装具購入の金額		
	診療の期間(支給期間)	自 年 月 日	日数	入院外入院の別	医師による装具製作・購入の指示日		
		至 年 月 日	日	入院外入院	令和 年 月 日		
	診療の内容			装具装着日	令和 年 月 日		
	受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。					
		受取方法	代理人				
		<input type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)				
	療養の別	1. 治療用装具	治療用装具名	領収書記載の通り	1 初回支給	装着年月日	上記のとおり
		2. 弾性着衣			2 補修		
				3 再交付			
支給算出額	給付の割合		計算(小数点以下切捨て)		決定額		
	1. 未就学児	8割					
	2. 7歳~69歳	7割					
	3. 70歳~74歳	7割・8割・9割			円		

- ※ 太枠内を記入してください。書類は全て原紙。
- ※ 添付資料 1. 装具購入 ... 医師の証明、領収書(請求書、見積書)
靴型装具のみ、現物が確認できる装具の写真
- 2. 弾性着衣 ... 弾性着衣等装着指示書(悪性腫瘍の術後・原発性)、領収書
- ※ 時効 医師、歯科医師、薬局等、代金を支払った翌日から2年以内まで請求できます。
- ※ 被保険者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、上部余白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。)

支払印