

常務理事	事務長	係

資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日

健康保険 療養費請求書(治療用装具等)

被保険者 (申請者) 記入欄	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	保険証の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。													
	被保険者 氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日	電話番号 (日中の連絡先)	()								
	住所	〒 -															
	受診者		続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		生年月日	昭 平 令	年	月	日							
	傷病名						発病または 負傷年月日	令和	年	月	日						
	発病の原因 および経過	<input type="checkbox"/> 病気 (発病時の状況)					<input type="checkbox"/> ケガ ※別紙の「負傷原因 届」を記入ください。										
	発病又は 負傷の経過	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他()															
	診療を受けた 医療機関等の 名称			所在地				医師名									
	診療を受けた 医療機関等の 名称			所在地				医師名									
	診療を 受けた期間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	迄	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	装具等の装着につ いて指示を受けた日	令和	年	月

振込先口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付) ※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要) □マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)										
	金融機関コード				店番号							
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input 3"="" type="checkbox/>()</td><td colspan="/>	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所										
	口座番号				口座名義(かて記入)							

【添付書類(原本添付)】		
①治療用装具 <input type="checkbox"/> 医師の意見書等* <input type="checkbox"/> 装具装着証明書* <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 領収書の内訳がわかる書類 <input type="checkbox"/> 治療用装具の写真 <input type="checkbox"/> 治療用装具作製確認書	②小児弱視等の治療用眼鏡 <input type="checkbox"/> 弱視等治療用眼鏡当作成指示書* <input type="checkbox"/> 領収書(子の名前が記載されているもの)	③弾性ストッキング等 <input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書* <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 領収書の内訳がわかる書類(金額、購入枚数等)

* 医師の証明書等は保険医療機関から無償で交付いただけます(医療機関の書式でも代用可)

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。

※「被保険者等記号番号、被保険者氏名」は資格確認書・資格情報のお知らせに記載されているものを記入してください。

※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。

【請求書提出先】
人事総務G

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。	
	令和 年 月 日証明	事業所所在地
		受任者 事業所名称
		事業主氏名

治療用装具 写真貼付台紙

記号	番号	受診者名	作成した治療用装具名

撮影した写真を現像(またはプリント)し、用紙に貼り付けていただき、療養費支給申請書に添付して提出をお願いします。
 なお、撮影枚数は3、4枚～となります。貼付台紙2枚目も確認をお願いします。

①正面(表)像

【撮影方法】

- ・前から装具全体が確認できるように撮影してください。

【補足事項】

- ・膝・足首のサポーターについては装具を装着した状態にて撮影してください。
- ・靴に挿入するタイプの装具(中敷き等)については、靴から取り出して撮影してください。

※①～③に適用

貼 付

②側面像

【撮影方法】

- ・横から装具全体が確認できるように撮影してください。

【補足事項】

- ・左右どちらか一方から構いません。

貼 付

治療用装具 写真貼付台紙

記号	番号	受診者名	作成した治療用装具名

撮影枚数は3～4枚となります。貼付台紙1枚目も確認をお願いします。

③裏面(正面の反対側)画像**【撮影方法】**

- ・裏から装具全体が確認できるように撮影してください。

貼 付

④その他

- ・ロゴ・サイズ・品番
メーカー記載等(ある場合)

【補足事項】

- ・内容が読み取れるように撮影してください。
- ・撮影対象が複数ある場合は、全ての品の撮影をしてください。なお、その際の貼付用台紙は様式を問いません。

貼 付

- 【他捕捉事項】**
- ▶肌が著しく露出する場合は服の上から装着した状態にて撮影してください。
 - ▶装具の形がはっきりと確認できない場合は再提出をお願いすることがございます。
 - ▶写真データそのままの提出は不可とします。