

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	2 0 0 0	5 0		6 0 1 2 2 4
	氏名	(フリガナ) ウミノ ソラコ	海野 空子		
	住所	(〒 103 - 0000)	東京 中央区 〇〇1 - 1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 0000				
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。				
	金融機関 名称	ゆうちょ銀行	口座の 記号-番号 (左づめ)	1 〇 の	1
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。				

＜添付書類＞

■治療用装具を申請される方全員

1. 「医師の指示書」または「装具装着証明書」の原本
2. 「領収書」及び「装具内訳書」の原本

＜靴型装具を申請される方は下記の書類を追加で添付＞

1. 申請者が実際に装着する靴型装具であることが確認できる写真(印刷可)

■小児用治療用眼鏡を申請される方全員

1. 弱視等治療用眼鏡等作成指示書及び検査結果(原本)または検査結果が記載された弱視等治療用眼鏡等作成指示書(原本)
2. 治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入した際の領収書(原本)

※支給決定後の、領収書の原本の返却、コピーのお渡しはできません。

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者等
記号・番号

2000-50

被保険者氏名

海野 空子

申請内容

1 装具作成対象者

1 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の
氏名・生年月日

氏名

生年月日

昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

右前十字靭帯断裂

3 発病または
負傷年月日

令和 8 年 1 月 31 日

4 発病又は負傷の原因
および経過
(詳しく)

2

1. 病気
2. ケガ

工作中
通勤中

※「2. ケガ」の場合、該当する
ものに✓をしてください。

(いつ、どこで、何をしていた時、どのように発病または負傷しましたか?
具体的にご記入ください)

自宅近くの体育館で趣味のバレーボール練習中、
着地に失敗して負傷。

5 傷病の原因は第三者の行為
(交通事故やケンカ等)に
よるものですか。

2

1. はい
2. いいえ

「1. はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

6 診療を受けた医療機関等の
名称・所在地・医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

□□□□病院

東京都中央区△△△2-2

健保 五郎

7 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日
0 8 0 1 3 1

から

年 月 日
0 8 0 1 3 1

まで

日数

1

日

8 装具等の装着について
指示を受けた日
(医師による装着指示日)

(令和) 年 月 日
0 8 0 1 3 1

9 装具等購入日および金額

(令和) 年 月 日
0 8 0 2 0 7

80,284 円

10 装具装着日
(医師による証明日)

(令和) 年 月 日
0 8 0 2 0 7

11 療養の内容

治療用装具の装着

【小児用治療用眼鏡等の更新について】

- ・5歳未満の小児の治療用眼鏡等の更新は、更新前の眼鏡の装着期間が1年以上
 - ・5歳以上の小児の治療用眼鏡等の更新は、更新前の眼鏡の装着期間が2年以上
- 原則として、上記期間を経過している場合に支給対象となります。

【～ご注意ください～ (小児用治療用眼鏡について)】

治療用眼鏡・コンタクトレンズが対象となるため、遠視や近視、乱視があっても、日常生活の利便性のため等の視力矯正用眼鏡は保険適用外です。なお、医療機関への確認が必要となり、支給決定までにお時間をいただく場合がございます。