

治療用装具代を請求するとき

医師の指示により、コルセットや小児弱視用の眼鏡などの治療用装具を作成した場合は、「療養費支給申請書」にてご請求ください。後日、立て替えた金額相当額が療養費として支給されます。

申請書類：「療養費支給申請書」(単票)

提出期限：治療費等を支払った日の翌日から2年以内

添付書類：コルセットをつくったとき

「医師の意見書」「装着証明書」「装具代の領収書(原本)」「装具の内訳書」
外傷性の傷病名の場合は「負傷原因届」が必要となります。

小児弱視用眼鏡をつくったとき(9歳未満のお子様)

「作成指示書等(写)」「検査結果のわかる書類」「領収書(原本)」
領収書の宛名はお子様名であること。
フレーム代・レンズ代の金額がわかる但し書きの記載が必要です。

被保険者・被扶養者の別を で囲んでください。

被保険者・家族療養費支給申請書 (第 1 回目)

被 保 険 者	被保険者証	記号	123	事業所名(または勤務していた事業所名)	株式会社
		番号	9999		
被 保 険 者 (申 請 者)	フリガナ	ケンボ	タロウ		
	氏名	健保	太郎		
被 保 険 者 (申 請 者)	〒	1 2 3 - 4 5 6 7			
	現住所	東京都中央区大伝馬町 - -			自宅電話 03-1234-5678 携帯電話 090-1234-5678
傷 病 名	腰椎間板ヘルニア		発病・負傷の年月日 平成 22 年 6 月 15 日		
	発病又は負傷の原因及びその経過		不明 療養の給付を受けることが出来なかった理由		
診 療 (治 療)	入院して手術を受けました。医師に手術後にコルセット				
	をつけないといけないといわれ、購入しました。				
診 療 を 受 け た 病 院 等	所在地	東京都墨田区 - -			
	名称	病院	医師名		
治 療 用 装 具 の 装 着 日	平成 22 年 5 月 25 日		診療に要した費用 46,350 円		
	診療の期間は平成 22 年 5 月 23 日から平成 22 年 5 月 26 日まで・現在治療中				
の期間で入院期間は平成 年 月 日から平成 年 月 日まで・入院中					
傷 病 が 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か	ア はい(第三者の氏名と住所)				
	イ いいえ				
療 養 が 被 扶 養 者 に 関 する 請 求 で あ る 時 は そ の	フリガナ				昭和・平成
	氏名				年 月 日生

被保険者印を必ずご捺印ください。

療養の対象がご家族(被扶養者)の場合、その方の氏名をご記入ください。

被保険者以外の方が療養費を受け取る場合には、被保険者氏名のご記入と被保険者印をご捺印のうえ、代理人の欄にご記入・ご捺印ください。

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。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)氏名	印
	住所	
	氏名	印

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。

「代理人に受領委任する場合、「支払金融機関」は代理人名義の口座を記入しそれ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

金融機関コード	123	支店番号	456
銀行	大伝馬町		
口座番号	普通・当座	1	2 3 4 5 6 7
口座名義(カタカナ)	ケンボ タロウ		

自費診療の場合に添付する「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。
捻挫・骨折等外傷性傷病は、「負傷原因届」を添付してください。
負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

H19-4