

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：①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」「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。

②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」「検査結果のわかる書類」「領収書」
※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。

※①・②の添付書類は全て原本をご提出ください。

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 番号	123 9999	事業所名（または勤務していた事業所名）	株式会社 ○○○
	被保険者（申請者）氏名	フリガナ 氏名	ケンボ 健保	タロウ 太郎	（印）※
保 険 者 が 記 入 す こ ろ	被保険者（申請者）現住所	〒	1 2 3 - 4 5 6 7	自宅電話 携帯電話	03-1234-5678 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	
入 院 中 と し て 記 入 す こ ろ	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）内容	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 の 名 称	所在地	東京都墨田区○-○-○			
	診療を受けた病院等の名称	○○○病院	医師名	○○○○	
診 療 に 要 し た 費 用	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	
	① 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	① 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	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者の	フリガナ 氏名	生年月日	昭和・平成 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	
	代理人の氏名	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。

※の印欄は同一印をご使用ください。

金融機関コード	123	支店番号	456
支払金融機関	○○○ 銀行 金庫	大伝馬町	本店 支店
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。