

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」
※外傷性傷病（ケガ等）は、負傷原因を詳細にご記入ください。

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(家族)、対象の種別を○で囲んでください。

療養の対象が、被扶養者(家族)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、代理人欄を、それぞれ自署でご記入ください。

被保険者名は、必ず自署でご記入ください。

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。

被保険者 **家族** 療養費支給申請書

※申請書付属のボールペン（消えないペン）でご記入ください。

被保険者証 記号 123 番号 9999	事業所名 (または勤務していた事業所名) 株式会社〇〇〇〇		
被保険者 (申請者) 氏名 ケンボ タロウ	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日生
対象者氏名 ケンボ ハナコ	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日生
被保険者 (申請者) 現住所 東京都中央区日本橋大伝馬町〇-〇 〇〇アパート〇〇〇号室	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	自宅電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		携帯番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
傷病名 骨折	発病・負傷の年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
診療 (治療) 内容 入院して手術後、医師にコルセットをつけないといけないといわれ購入した。	療養の給付を受けることが出来なかった理由	治療用装具作成のため	
発病又は負傷の原因 休日、スノーボードをしているときに、転倒し負傷。	およびその経過		
診療を受けた医療機関等の所在地 東京都墨田区〇-〇-〇	名称 〇〇〇病院	医師名	〇〇〇〇
治療用装具の装着日	令和 〇年 〇月 〇日	診療に要した費用	10,000 円
診療期間は	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日	→ まで 現在治療中	
診療期間のうち入院期間は	令和 年 月 日 から 令和 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	イ いいえ	

◎この請求書に記載されている個人情報（被保険者名、生年月日、住所、電話番号、診療内容、傷病名、発病・負傷の年月日、診療期間、診療に要した費用、診療期間のうち入院期間）は、第三者には提供いたしません。

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
住所
代理人の氏名

☆受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入してください。

金融機関コード	1234	支店番号	123
〇〇〇〇	銀行金庫	×××	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。
★外傷性傷病（ケガ等）は、負傷原因を詳細にご記入ください。
★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。