

新明和工業健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(治療用装具)
 家族

下記のとおり療養費の支給申請をいたします。

令和 1 年 9 月 3 日

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--|---|--|--|---|
| 被保険者等 記号・番号 | 11 - 1234 | 被保険者氏名 | 新明和 太郎 | | | |
| 住所 | 兵庫県西宮市△△3-4 | | 続柄は、子供の場合は「子」ではなく「長男」「長女... と記入して下さい。 | | | |
| 受診者氏名 | 新明和 夏子 | 被保険者 との続柄 | 長女 | 受診者 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 19 年 7 月 23 日 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| 傷病名 | 右足関節靭帯損傷 | | 経過 | <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療 | 傷病の 種類 | <input type="checkbox"/> 病 <input checked="" type="checkbox"/> けが 気 |
| 発病・負傷日時 | <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | 1 年 8 月 13 日 水 曜日 | <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 | 6 時頃 | 又は | <input type="checkbox"/> 不詳 |
| 申 請 欄 | 負傷 状況 | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 | | <input checked="" type="checkbox"/> それ以外(休暇中等) | | |
| | どこで | <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 | 第三者の行為に よるけがですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | →「はい」の場合は、別途第三者 行為届を提出願います。 | |
| | けがの 場合 | 負傷者が 何をしているとき | テニスの練習中 | | | |
| | どう なったか | ボールを打とうとして転倒し、足を捻った | | | | |
| 診療手 当を受 けた医 療機 関 | 名称 | 〇〇病院 | | | | |
| | 住所 | 兵庫県宝塚市〇〇1-2 | | | | |
| 診療手 当の 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具(コルセット、ギプス、義眼代)のため | | | | | |
| (該当箇所にチェック してください) | ※以前に同一箇所の装具代を申請したことのある方は、 耐用年数以内の場合は支給できないことがあります。 | | | | | |
| 治療用装具を 装着又は領収した日 | 令和 1 年 8 月 16 日 | 装着 <input checked="" type="checkbox"/> 領収 <input type="checkbox"/> | 治療用装具に 要した費用 | 25,000 円 | | |
| 振込希 望の銀 行 | 銀行名 | ※診療手当の期間には、 装着証明書の装着日 (不明な場合、領収書の 領収日)を記入ください。 | | 座別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 () | 口座 番号 |
| | 支店名 | | | | | |

| | | |
|--------|-------------------------------|-------------------|
| 委 任 | 私は、この給付金の受領に関する権限を下記代理人に委任する。 | |
| | 令和 1 年 9 月 3 日 | |
| | 被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ | 事業所住所 |
| | 被保険者氏名 新明和 太郎 | 代理人 事業所名 代理人氏名 |

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することでの申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者のみが取扱える機密文書となりますので、マイナンバーで申請する際には事前に事業所担当者にご確認ください。なお、記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

記入例③
【治療のために装具を医師の指示により作成し、現金で立替払いをした場合】
【添付書類】
 ・保険医の証明書および意見書(本紙)(同意書・指示書等)
 ・治療用装具の領収書及び明細書(本紙)(装具を構成する部品の型式・価格がわかるもの)

新明和工業健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(治療用装具)

家族

下記のとおり療養費の支給申請をいたします。

令和 1 年 6 月 3 日

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|---|
| 被保険者等 記号・番号 | 11 - 1234 | 被保険者氏名 | 新明和 太郎 | | |
| 住所 | 兵庫県西宮市△△3-4 | | 続柄は、子供の場合は「子」ではなく「長男」「長女」...と記入して下さい。 | | |
| 受診者氏名 | 新明和 二郎 | 被保険者との続柄 | 二男 | 受診者生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 23 年 9 月 15 日 <input type="checkbox"/> 令和 |
| 傷病名 | 弱視 | 経過 | <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済 | 傷病の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが |
| 発病・負傷日時 | <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 | 曜日 | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 | 時頃 | 又は <input checked="" type="checkbox"/> 不詳 |
| 申請欄 | 負傷状況 | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> それ以外(休暇中等) | | | |
| | どこで | <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 | 第三者の行為によるけがですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | →「はい」の場合は、別途第三者行為届を提出願います。 |
| | けがの場合 | 負傷者が何をしているとき | ※5歳未満の方の場合は前回作成より1年以上、5歳以上の方の場合は前回作成より2年以上経過している場合のみ、支給対象になります。(月単位) | | |
| 診療手当を受けた医療機関 | 名称 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 診療手当の内容 | <input type="checkbox"/> 治療用装具(コルセット、ギプス、義眼代)のため <input checked="" type="checkbox"/> 9歳未満の小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを作成した時 <input type="checkbox"/> 四肢のリンパ浮腫治療のために弾性着衣等を購入した時(耐用年数は6か月です) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 治療用装具を装着又は領収した日 | 令和 1 年 5 月 16 日から | <input checked="" type="checkbox"/> 装着 <input type="checkbox"/> 領収 | 治療用装具に要した費用 | 15,000 | 円 |
| 振込希望の銀行 | 銀行名 | ※領収書の領収日を記入して下さい。 | | 口座種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 支店名 | | | 口座番号 | |

私は、この給付金の受領に関する権限を下記代理人に委任する。

令和 1 年 6 月 3 日

被保険者住所 「申請欄の被保険者住所」に同じ 事業所住所

被保険者氏名 新明和 太郎 代理人 事業所名

代理人氏名

備考

※記号・番号の代わりにマイナンバーを備考欄に記入することで申請も可能ですが、マイナンバーで申請する場合は個人番号と本人を確認できる書類の添付が別途必要になる上、マイナンバー取扱担当者の

記入例④

【小児用の治療用眼鏡・コンタクトレンズを医師の指示により作成し、現金で立替払いをした場合】

※対象者は治療用眼鏡・コンタクトレンズの作成時に9歳未満の方です。

【添付書類】

- ・保険医の眼鏡等作成指示書(本紙)