

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	被保険者等 記号・番号	記号 番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
<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	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	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			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

健康保険 被保険者家族 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

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	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	
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	日
	7 装具等の装着について指示を受けた日	令和 年 月 日		
	8 装具装着日	令和 年 月 日		
9 療養に要した費用の額	円			
10 診療の内容				

【添付書類について】

申請事由	添付書類
治療用装具（コルセット）	①医師の意見書の原本（「医師が治療上装具を必要と認めていること」並びに「装着日」を確認できる証明書） ②領収書と明細書（内訳書）の原本（①の医師の指示日以降の支払日のもの） ③靴型装具の申請に限り、装具の現物写真
小児弱視等の治療用眼鏡等	※9歳未満の小児で、「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」のため作成した治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象。（※アイパッチ、フレネル膜プリズムは保険対象外。） ①療養担当に当たる医師の治療用眼鏡等の作成指示等の写し（弱視等のための治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの） ②患者の検査結果の写し（①に検査結果の記載がある場合は不要） ③領収書の原本（フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されており、①の医師の指示日以降の支払日のもの）
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等	※鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢リンパ浮腫または原発性の四肢リンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療に使用されるものが対象。 ①療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書の原本（装着部位、手術年月日、処置年月日、着圧指示等が記入されているもの） ※「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ※「弾性包帯」の場合は包帯の装着を指示する理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ②領収書と明細書（内訳書）の原本（①の医師の指示日以降の支払日のもの）

※健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

療養費の時効の起算日については「療養に要した費用を医療機関等に支払った日の翌日(当該療養を受けた日の翌日)」となります。