

様式第1-2号

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

## (治療用装具用)

令和 年 月 日

|  |                   |            |              |           |                       |                |          |             |             |             |
|--|-------------------|------------|--------------|-----------|-----------------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|
| 被<br>保<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 被保険者の記号-番号        |            | 被保険者の氏名      |           |                       |                | 生 年 月 日  |             | 年 齢         |             |
|  | -                 |            | (フリガナ)       |           |                       |                | 昭和<br>平成 |             | 年 月 日<br>歳  |             |
|  | 被保険者(申請者)の住所      |            | 〒 - 電話番号 - - |           |                       |                |          |             |             |             |
|  | 事業所の名称            |            |              |           |                       |                |          |             |             |             |
|  | 受診者が被扶養者の場合は、その方の |            | 氏 名          | 生年<br>月日  | 昭和<br>平成              | 年 月 日          | 令和       | 被保険者からみた続柄  |             |             |
|  | 傷病名               |            |              |           |                       | 発病又は負傷<br>の年月日 | 令和 年 月 日 | (負傷の場合は 時頃) |             |             |
|  | 発病または負傷の原因及びその経過  |            |              |           |                       |                |          |             |             |             |
|  | 第三者行為による負傷ですか     |            | はい ・ いいえ     |           | 仕事中(業務上、通勤途中)による負傷ですか |                | はい ・ いいえ |             |             |             |
|  | 診療を受けた病院等         |            | 名 称          |           |                       |                | 診療した医師氏名 |             |             |             |
|  |                   |            | 所在地          |           |                       |                |          |             |             |             |
| 診療の内容  |                   |            |              |           |                       |                |          |             |             |             |
| 装具等の装着について指示を受けた日                              |                   | 令和 年 月 日   | 装具等を装着した日    | 令和 年 月 日  |                       |                |          |             |             |             |
| 診療区分   |                   | 入院 ・ 外来    |              | 入院の場合入院期間 |                       |                |          |             |             |             |
|  |                   |            |              | 令和 年 月 日  |                       |                |          |             |             |             |
| 診療に要した費用の額                                     |                   | 円          |              | 令和 年 月 日  |                       |                |          |             |             |             |
| 療養の給付を受けることができなかった理由                           |                   | 治療用装具作成のため |              |           |                       |                |          |             |             |             |
| 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関                     | 銀 行               | 銀 行 名      |              | 支店名または店名  | 口座種別                  |                | 口 座 番 号  |             |             | 口座名義人(カタカナ) |
|  |                   |            |              |           | 普通・当座                 |                |          |             |             |             |
|  | 郵 便 局             | 郵 便 局      |              | 記 号       | の                     | 番 号            |          |             | 口座名義人(カタカナ) |             |
|  |                   | 9 9 0 0    |              |           |                       |                |          |             |             |             |

(添付書類についての注意)

(R3.7)

- ①領収書と明細書(名称、種類等価格の内訳がわかるもの)(原本)※支払日が②の医師の指示日以降のもの
- ②医師の意見書、指示書等(原本)※医師が治療上必要と認めたことが確認できる証明書  
※四肢リンパ節浮腫の弾性着衣等の場合で「着圧指示」30mmHg未満の場合、「弾性包帯」の装着を指示する場合は理由が記載されていること。
- ③検査結果の写し(②に記載がある場合は不要)※小児弱視等の治療用眼鏡の場合のみ
- ④装具の現物写真※靴型装具のみ  
※全体・上から・下からのもの。サイズ表記、ロゴ・商標等、取扱説明書、製品箱がある場合はその写真

受付日付印

