

<記入例> 治療用装具を作成した場合

健康保険被保険者療養費支給申請書

健康保険証の名前の上に記載してある記号・番号をご記入ください

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 3 0	番号 1 2 3 4 5	事業所 コーセーG・アルビオン・その他( )	所属 〇〇〇	部・課 支店	
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ		生年月日	社員番号		
		健保花子		昭和 平成	2年1月1日	98A98	
	被保険者の現住所 及び連絡先	〒 103 - 0027		TEL XXX (XXXX) XXXX		東京都中央区日本橋〇-〇-〇	
	傷病名	前十字靭帯損傷		発病又は負傷の 年月日	令和 3年 5月 2日 (負傷の場合は 15 時頃)		
	発病又は負傷の原因	バレーボール競技中に負傷		傷病の経過	通院にて治療・経過良好		
	診療を受けた機関の 名称	×××医院		所在地	〇〇県〇〇市〇〇9999		
	診療の内容	軟性コルセットを装着					
	診療の期間	自 令和 3年 5月 2日	日間	診療に要した 費用の額	金 22,294 円也		
	至 令和 3年 6月 5日						
療養の給付を受けるこ とができなかった理由							
第三者行為によって負傷 したものであるか否か	ある ない	第三者行為による傷病届の提出の有無		ある ない (健保までご連絡ください。)			
申請者が被扶養者に関 するときはその者の	氏名	生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者との続柄		
医師に照会が必要な場合の事前同意		私は、保険者(コーセー健康保険組合)が、給付に関して必要があると認めたときは、文書その他の物件により医療機関、事業所、官公庁等に認定に必要な情報を提供、報告を求めることに同意します。なお、照会先が複数となる場合は、本同意の写しも有効と認めます。					
※給付に関する同意をしいただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。		被保険者氏名 健保花子					
委任状			令和 3年 6月 20日				
給付金の受領を事業主に委任します							
被保険者氏名(自署) 健保花子							
◇上記は在職者のみ記入。退職者・任意継続被保険者の方は、下記へご記入ください。							

銀行コード	支店コード
銀行名	銀行 支店
普通預金口座	
口座名義 (請求者同一)	フリガナ 氏名

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- <必要添付書類>
- ①医療担当者による証明書または意見書(原本)
  - ②装具購入の領収書、明細書(原本)
  - ③治療用装具写真貼付台紙 ④装具作製確認書

- 治療用装具を作成された場合、装具すべてに対し、  
下記の方向 及び 箇所について、装着しない状態で撮影して下記へ貼付してください。
- ①正面（全体） ②裏面（全体） ③側面がある場合は側面（左右どちらも）
  - ④ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等（ある場合）
- ※取り扱い説明書等がありましたらコピーの添付をお願いいたします。  
※内容についてわからない場合は、作成された装具会社にご確認願います。

記号		番号		被保険者氏名
<div data-bbox="284 1079 1289 1211" style="border: 1px solid gray; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"><p>※治療用装具写真貼付台紙 【装具の画像】を貼付してください。</p></div>				