

# 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

注意点等

被保険者(申請者)記入用

※申請書は『全2ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者(申請者の情報)	記号	番号	事業所名称	
	[受診時] 被保険者証の(右づめ)			
	氏名		生年月日	年 月 日
連絡先住所	(〒 - )	(都道府県)	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )			

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。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>			
	金融機関名称	労働金庫		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 支店
	店番号	口座番号	右づめでご記入ください。	預金種別 1. 普通
口座名義	▼カタカナ		口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
		住所 (フリガナ)	氏名

「申請者記入用」は2ページへ続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.12)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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

昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください(初回申請時のみ)。

5 診療を受けた  
医療機関等の名称

6 装具等の装着について  
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

7 装具装着日

(令和) 年 月 日

--	--	--	--	--

8 治療用装具の金額

円

9 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

申請にあたっては注意点等をご確認ください。>>>

### 1. 療養費として申請できるもの (治療用装具)

健康保険では、保険医療機関等の窓口に被保険者証を提示して診療を受ける『現物給付』が原則となっていますが、やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることができず、自費で受診したときなど特別な場合には、その費用について、療養費が支給されます。

- 療養のため、医師の指示により、治療用の装具(コルセット、弾性着衣、義手等)を購入、装着したとき
- 9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき 等

### 2. 添付書類について

注) 写しと指定していない書類は原本が必要となります(原本は原則お返しできませんので、各自でコピーをおとりください)。

申請種別	申請書に添付が必要な書類
医師の指示により コルセット等の治療用装具を 作製した場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「領収(明細)書」 *宛名が無記名のレシートは不可* → 装具の型番や名称、単価等、内訳費用額が記載された「領収書」</li> <li>●保険医発行の「意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」</li> </ul>
四肢のリンパ浮腫、慢性静脈不全 による難治性潰瘍治療のための 弾性着衣等を購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「領収(明細)書」 *宛名が無記名のレシートは不可* → 弾性着衣等の種類、単価等、内訳費用額が記載された「領収書」</li> <li>●保険医発行の「弾性着衣等装着指示書」</li> </ul>
小児弱視等の治療用眼鏡等を 購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「領収(明細)書」 *宛名が無記名のレシートは不可* → 治療用眼鏡等の種類、内訳費用額が記載された「領収書」</li> <li>●保険医の「眼鏡等作成指示書」 ※「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、「視力等の検査結果の写し」の添付が必要です。</li> </ul>
スティーヴンス・ジョンソン症候群 および中毒性表皮壊死症の 眼後遺症により、輪部支持型角膜 形状異常眼用コンタクトレンズを 購入した場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「領収(明細)書」 *宛名が無記名のレシートは不可* → 単価等、内訳費用額が記載された「領収書」</li> <li>●保険医の「作成指示書等」の写し(備考として疾病名が記載された処方箋の写し等支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの)</li> </ul>

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

■ 傷病名がケガ等の外傷性の場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「負傷原因届」初回申請時のみ ※状況により、「第三者の行為による傷病届」を提出していただくことがあります。</li> </ul>
■ 被保険者が亡くなられ、被扶養者 以外の相続人が申請する場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者との続柄が確認できる「戸籍謄本」等</li> </ul>

### 3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

療養費支給申請の内容によっては、医療機関等からの診療報酬明細書(レセプト)の内容を確認する必要があります。その際の支給決定は、受診(立替)月から2カ月以上となる場合がありますので予めご了承ください。

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

Tel. 03(5217)3162