

受診者1人ごとに申請書1枚必要です

記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 X	番号 XXXXX	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) サンヨウ ハナコ	三陽 花子	生年月日	昭和 平成 令和	XX年 XX月 XX日
	住所	(〒 XXX - XXXX) 〇〇県〇〇市〇〇XX-XX		電話番号 (日中の連絡先)	XXX(XXXX)XXXX	

申請内容	1 受診者	被保険者 家族(被扶養者)	1 - ①家族の場合	氏名	三陽 良子		
				生年月日	昭和 平成 令和	XX年 XX月 XX日	
	2 傷病名	変形性膝関節症		3 発病または 負傷年月日	XX XX XX		
	4 発病の原因および 経過(詳しく)	不明					
	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	
		1.	〇〇〇整形外科	〇〇市〇〇XX-XX		〇〇 〇〇	
	6 診療を受けた期間	令和 XX年 XX月 XX日 から 令和 XX年 XX月 XX日 まで	X 日	6 - ①左記の期間に 入院していた場合は、 その期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	
	7 装具等の装着につ いて指示を受けた日	XX XX XX		8 装具装着日	XX XX XX		
	9 療養に要した費用 の額	XX,XXX 円		10 診療の内容	装具の装着		

振込先
 マイナンバー
 注) 口座情報の反
 の場合は振込口座記入不要
 口座の記入がある場合は、
 記入された口座に振込します
 します。(利用)

治療用装具の例
 1. 義手・義足・義眼・コルセットなど
 2. 眼鏡・コンタクトレンズ(9歳未満の小児弱視等の治療用)
 3. 輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ(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の治療用)

【添付書類】
 領収書(原本)と医師の意見書等(原本)
 ◇靴型装具の場合 上記2点に加え、「靴型装具の写真」
 (正面、後ろ側の2方向からの写真を装着者の被保険者証と一緒に撮影したもの)
 ◇治療用眼鏡の場合 上記2点に加え、「視力等の検査結果」
 (「医師の意見書等」に視力等の検査結果が記載されている場合は不要です)