

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

パッケージ工業健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		立替払 治療用装具	
1 被保険者等 記号・番号	記号 987	番号 654321	2 マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)
	3 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日
	健保 太郎		
	住所 〒110-0000 東京 〇〇 区 〇〇 〇 〇 〇 〇	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) 〇〇〇〇
	□□マンション×××号		
事業所名称	(株)〇〇〇〇	提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行 金庫・信託 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	支店 本店・出張所 その他()	口座番号	1234567
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委任状 4	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	氏名		
	代理人 (口座名義人)	住所	
	氏名	被保険者との関係()	

申請内容 6	受診者(どちらかに✓)	☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか ※ はい いいえ		
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄()		
	傷病名	両偏平足	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 〇 年 8 月 2 日	
	原因	不明			
	発病又は負傷の原因及びその経過	経過	良好		
	診療を受けた病院等	名称	〇〇整形外科医院		
		所在地	東京都台東区△△ ×-×	診療した医師の氏名	〇〇 〇〇
	診療期間(支給期間)	平・令 〇 年 8 月 5 日 から 平・令 〇 年 8 月 5 日 まで (日数 1 日)			
7	上記期間に入院していた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)			
療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	装具の装着		
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具を購入したため				

※傷病の原因が外傷性のけがの場合は、「負傷原因回答書」、
傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

注: 記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

パッケージ工業健康保険組合

(令6.12)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 被保険者等記号・番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル（資格情報画面）」にてご確認ください。
- 2 ①の被保険者等記号・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。
- 3 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）
- 4 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
- 6 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 7 診療期間には、医師より装具等を装着した日をご記入ください。
（医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。）

添付書類（審査の上で下記の添付書類以外にも追加の書類を求める場合がございますので、ご了承ください。）

装具の種類	添付書類 1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類 2（共通）	添付書類 3
治療用装具	装具作製（装着）指示書 又は意見書、証明書等	領収書の原本 患者名、装具の名称、 種類、内訳別の費用額 が記載されているもの	靴型・足底装具の写真 靴型・足底装具を 作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書		—
小児弱視等の 治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書の原本		検査結果(処方箋)の原本

注: この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。