記入例

<治療用装具>

協和キリン健康保険組合 宛

健康保険 ☑ 被保険者 □ 被扶養者

療養費支給申請書 (治療用装具・治療用眼鏡等)

													20	24		12			日提	出
	被保険者等	記	30	0	番		123				会社名			Δ	ΔΔ	∠株 ₃	t会:	社		
申	記号·番号	号	30	0	号		120	740			所属		△△支店 △△営業所						f	
請	申請者氏名			141	足	4	शक्			従	業員番号				20	1099	99			
者の	(自署)	健保 大郎 メールアドレス									~	kenpo.00@000.com								
情		(〒 10	03-	必ず自	署して	てくだ	さい)	日中流	車絡先(TE	L)		0	90-0	0000	-000	0		
報	被保険者住所	市市4	東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101																	
		米水和	中十二	KEC		<u> </u>	_ '	00	4	コント	01		:	社員の	り方は	必ず自	署し	てく	ださい	١.
在	(委任状)												20	Z 4	T	TZ		ZJ		
籍	私は会社(事業主)を代理人と定め、この給付金の受領に関する権限を委任します。 被保険者氏名																			
者	格は云社(事業主)を10年代とため、この船り並の支限に関する権限を安在します。 (給与での振込手続きを会社に依頼するため、必ずご記入ください。) 破保険者氏名 自暑してください																			
退	退職者・退職予定者の	方は、振	込先	を記入	してく	ください	.1													
職		銀行					支店		座	(普)				名義						
者		业区11					又归	番	号	(日)			()	フリカ・ナ	h)					
	334 4 4 A		Peda	<i>/</i> m	L 40		兼	ŧ.			受診者の)	1005	+	10	_	0.5	_	00	ль.
	受診者氏名		慩	保ス	四人		Ä	丙	本人		生年月日		1985	年	12	Я	25	日	39	成
	傷病名	七甲目	旧会大学	加维相	1./fer		•	•			発病またに	t .	2024	年	10	В	4	В		
	爾州 石	左足関節靭帯損傷 発病または 負傷した日																		
	発病の原因および 経過	自宅の2階から1階へ降りる際、階段を踏み外して負傷。																		
								_ 44.4												
	診療の内容 	診察。レントゲン等検査。装具の装着。																		
		所名	E地	東京	都	中央「	조 🔷 <	>1-2	2-3											
	診療を受けた医療機 関等の所在地・名称・	名	称	$\Diamond\Diamond$	\	整形:	外科													
申	医師名	医部	市夕	$\Diamond\Diamond$																
請内			בריווי																	
容	診療を受けた期間	2024	年	12	月	2	日か	Ġ	治療	中 年	月	E	∃ まで			日	数			日
	上記の期間に																			
	入院をしていた場合は その期間		年		月		日か	6		年	月	E	∃ まで			日	数			日
	装具等の装着につい て指示を受けた日	2024	年	12	月	2	日			装具	装着日		2024	年	12	月	20	日		
	込ま中サリックを				F 00															
	治療用装具の金額			2	5,00	iU			円											
	交通事故等による	□は	(J)				者が原													
	第三者行為によるもの	▽ い	いえ			場合	はその	状況												
	か	「はい	」の場合	合は、「貧	第三者	皆行為I	による傷	病届」を	提出し	てくださ	い。									
(: -)	(*) 17 単 ナ エ ス 利 声 は ス ナ 																			

(注)日常生活の利便性のために作成したもの、職業上の必要性から作成したもの、美容目的で作成したものは支給対象外です。 また、長期にわたり使用する装具は健康保険の支給対象とならないことがあります。(障がい者の方は障害者総合支援法による補装具の支給対象となる場合がありますので、作成する前に市区町村等にご確認ください。)

【添付書類】要原本

■装具を装着したとき	・領収書 ・装具の内訳または明細書 ・医師の「治療用装具製作指示装着証明書」
	・当該装具の写真(治療用眼鏡、弾性着衣以外の装具全て)※別紙参照
■治療用眼鏡(9歳未満)	・領収書 ・眼科医の治療用眼鏡等の「作成指示書」および「検査結果」
■弾性着衣等	・領収書 ・医師の弾性着衣等の装着指示書

	支給年度	年度			
健保	支給決定額	Ħ			
記入	備考		常務理事	事務長	担当
欄	受付整理番号				
	レセプト				

《健保受付日付印》

記入例

<治療用眼鏡>

協和キリン健康保険組合 宛

健康保険 □ 被保険者 ☑ 被扶養者

療養費支給申請書 (治療用装具・治療用眼鏡等)

													2024	年	12	月	25	日提	出
	被保険者等	記	300	番		123	2/5	345		会社:	名			$\Delta\Delta\Delta$	2株3	会为	社		
申	記号·番号	号	300	Æ	,		2040			所履	l		ΔΔ	2支店	Δ	△営	業所	ŕ	
請	申請者氏名	健保人太郎							従業員番号 20109999										
者の	(自署)		<u> </u>	E IN	<u>^</u>	2 0L				メールア	ドレス		ke	enpo.	0000	00.c	om		
情		(〒 103	必.	ず自署し	してくけ	ださい)	B	中連絡外	(TEL)			090-	0000	-000	0		
報	被保険者住所	東京都	由中国	図)1-	1-1		ロマン)=\	2101									_
		米八日	十人	200	'	<u> </u>		O 12.		7101			社員	の方は	必ず自	署し	てくた	きい	.
在	(委任状)												ZUZ4	4	72	Ļ	ZO		_
籍者	私は会社(事業主)を代理人と定め、この給付金の受領に関する権限を委任します。 被保険者氏名																		
18	(給与での振込手続きを会社に依頼するため、必ずご配人ください。)																		
退	退職者・退職予定者の	方は、振え	込先を記	記入して	こくださ	<i>ا</i> ر،													
職者		銀行				支厂	吉	口座 番号	(音	雪)			名郭						
П								留 写					(フリカ)	7)					
	受診者氏名		油	保 花			続	長女			者の	202	.0 年	10	月	10	日	4	歳
	X B T L T		DE	柄			柄			生年月日		202	.0 +	10	л	10	, ц		小汉
	傷病名	屈折性弱視 発病または 負傷した日 不詳 年 月 日																	
	発病の原因および 経過	先天性																	
	診療の内容	治療用眼鏡を装着。																	
		所在地	地]	東京者	B中央		♦ 1-	-2-3	3										
	診療を受けた医療機 関等の所在地・名称・	名称		\$\$															
申	医師名					四元													
請		医師	名 ($\Diamond \Diamond$	$\Diamond \Diamond$														
内容	診療を受けた期間	2024	年	12 月	16	日:	から	治療	中	年	月	日:	まで		B	数			日
	上記の期間に 入院をしていた場合は		年	F]	日:	から			年	月	日:	まで		日	数			日
	その期間																		
	装具等の装着につい て指示を受けた日	2024	年	12 月	16	日			*	長具装着	B	202	.4 年	12	月	23	日		
	治療用装具の金額			35,0	000			円			·								
	交通事故等による	□はい	١		第三	[者が]	京因(ס											
	第三者行為によるもの		え		場合	はその	の状況	5											
	מי	「はい」の	の場合に	ま、「第三	者行為	による	傷病属	国」を提出	してく	ださい。									
(: +)	口当とばの利用性のも	<i>⊾ ı – 1</i> – + i	1 + + 2	5 mh+	+ L Φ.	ᄼᆂᄮ	4. > 1	<i>L</i> + 1 + 1	+ 1	***	<i> </i>	1 + + 4	1+ + 44	44	J				

(注)日常生活の利便性のために作成したもの、職業上の必要性から作成したもの、美容目的で作成したものは支給対象外です。 また、長期にわたり使用する装具は健康保険の支給対象とならないことがあります。(障がい者の方は障害者総合支援法による補装具の支給対象となる場合がありますので、作成する前に市区町村等にご確認ください。)

【添付書類】要原本

■装具を装着したとき	・領収書 ・装具の内訳または明細書 ・医師の「治療用装具製作指示装着証明書」
	・当該装具の写真(治療用眼鏡、弾性着衣以外の装具全て)※別紙参照
■治療用眼鏡(9歳未満)	・領収書 ・眼科医の治療用眼鏡等の「作成指示書」および「検査結果」
■弾性着衣等	・領収書 ・医師の弾性着衣等の装着指示書

	支給年度	年度			
健保	支給決定額	Ħ			
記入	備考		常務理事	事務長	担当
欄	受付整理番号				
	レセプト				

《健保受付日付印》