

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者 (申請者) 記入用

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 ➡ 傷病原因届を併せてご提出ください。

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

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

から

年 月 日

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

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

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

から

年 月 日

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

まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日

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

8 装具装着日

(令和) 年 月 日

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

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

添付書類

医師の指示により、治療用装具 (コルセット、弾性着衣等) を購入、装着したときや、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は、

①医療機関等が発行した「医師の意見書 (同意書・証明書) および装具装着証明書、②弾性着衣等の場合は医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」、③靴型装具の場合は「装具の現物写真」 (詳細はHP参照)、④小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は医師の「眼鏡等作成指示書」 (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コピーも)、⑤装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額、義肢装具士の氏名 (押印でも可) が記載された「領収書 (原本)」

※療養費の支給決定後は提出書類の返却ができません。自治体等の医療費助成の際は領収書のコピー又は原本の要否について事前に自治体等へご確認ください。