記入例

・ 医師の指示により、コルセットなどの治療用装具を作成し装着したとき

いずれかにチェックして下さい。

JSR健康保険組合　御中

健保組合へ提出する日を記入して下さい。

押印を忘れずに（シャチハタ可）

係	事務長	常務理事
押	印 不	要

治療用装具 輸血（生血）　□被保険者（本人）　☑被扶養者（家族）　療養費支給申請書

※訂正印を押印して下さい。

保険証を見て記入して下さい。

被保険者証の記号番号	記号	＊＊	番号	＊＊＊＊	被保険者氏名	健保　太郎	健保
被保険者の現住所	〒 ＊＊＊ － ＊＊＊＊ 三重県四日市市〇〇町＊＊＊＊				電話番号	＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊	
被保険者が勤務している事業所名称	〇〇〇㈱		所属テレNo	〇〇チーム Y＊＊＊（A01）	連絡先（内線）	＊＊＊ － ＊＊＊＊	
受診者氏名	健保　花子（被保険者との続柄：長女）		受診者の生年月日	□平成 ＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日 □令和			
傷病名	右足関節靭帯損傷		発病又は負傷年月日	□昭和 ☑平成 ＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日			
発病又は負傷の原因および傷病の経過	※ケガの場合は、いつ、どこで、 **月**日、ソフトボールの試合中に転倒し、右足の靭帯を損傷した						
診療を受けた医療機関の	名称	〇×整形外科	所在地	〇〇県××市△△町＊＊＊＊			
申請理由および添付書類（該当にチェック）	☑治療用装具（関節用装具・コルセット・ギプス・サポーター・義足等）を装着したため → 『装着を必要と認めた医師の証明書又は意見書（原本）』、『領収書（原本）』、『装具写真』 □小児弱視等（9歳未満）の治療用眼鏡等を作成し購入したため → 『保険医の作成指示書（写）』、『患者の検査結果（写）』、『購入時の領収書（原本）』 □輸血（生血）代 → 『輸血を必要と認めた医師の証明書（原本）』、『血液代金の領収書（原本）』						
診療内容	別紙領収書の		入院外来の別	□ 入院 ・ ☑ 外来			
診療期間（支給期間）	＊装具代金を支払った日を記入して下さい 令和 ＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日		診療に要した費用の額	＊装具代金を記入して下さい 20,000 円			
傷病が業務上又は通勤途上によるものであるか否か	□ある □ない	傷病が第三者の行為によるものであるか否か	□ある □ない	傷病が第三者の行為によるもののとき	その事実の届出をJSR健保組合へ	□ している □ していない	
振込希望口座（被保険者名義）	金融機関名 〇〇	☑銀行 □信金	□労金 □農協	支店名 ××	□本店 ☑支店 □出張所		
	機関コード ＊＊＊	店番コード ＊＊＊	種 ☑普 □当	口座番号（右ヅメ） ＊＊＊＊＊＊＊	口座名義（カタカナで記入） ケンポ　タロウ		

被保険者記入欄

任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。

任意継続の方は、記入不要です。

任意継続の方は、記入不要です。

骨折・捻挫など外傷性のケガをした場合は、どこで何をしているときに負傷したのかも、詳しく記入して下さい。不明な場合は「不明」と記入して下さい。

領収書の日付を記入して下さい。

加算価格6%を差し引かず、支払った額（領収書の額）をそのまま記入して下さい。

いずれかにチェックして下さい。
※「ある」の場合は、労災保険の給付の対象となる為、健康保険へ療養費の申請はできません。

いずれかにチェックして下さい。

被保険者名義の口座を記入して下さい。

1. 傷病が業務上や通勤途上中の事故による場合は、療養費の申請はできません。
2. 負傷の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。
3. 公費または市区町村の医療費助成を受けている場合は、「受給証」等の写しを添付して下さい。

・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（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。）

備考欄

◎健保処理欄

□補装具・本人（2012）	□補装具・六歳（2014）	□補装具・高一（2018）		
	□補装具・家族（2016）	□補装具・高7（2010）		
総医療費（健保適用分） 円	自己負担 円	健保負担（療養費） 円	高額療養費 円	付加金 円

添付書類の見本

※フォーマットは、医療機関・業者によって異なります。写真は、撮影して下さい

意見書

氏名　健保　花子

生年月日　令和 ＊＊年＊＊月＊＊日生

上記の者は 病名 右足関節靭帯損傷 により、入院・外来 加療中のもので、装具療法として 装具名 右短下肢装具（軟性） の必要を認めます。

令和 ＊＊年＊＊月＊＊日

医療機関　所在地　〇〇県××市△△町＊＊＊＊
名称　〇×整形外科
担当医師　健康　一郎

健康 ㊞

装具装着証明書

上記診断による装具を 入院中・外来 装着したことを証明する。

令和 ＊＊年＊＊月＊＊日

医療機関　所在地　〇〇県××市△△町＊＊＊＊
名称　〇×整形外科
担当医師　健康　一郎

健康 ㊞

領収書

支払った日と一致しているか確認して下さい。

＊＊＊＊年＊＊月＊＊日

健保　花子　殿

百	十	万	千	百	十	円
	￥	2	0	0	0	0

但し

下腿支持部　皮革等　カフバンド　＊＊＊＊

足部　皮革等　小　＊＊＊＊

上記金額を正に領収致しました。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

装具の明細が記載されていることを確認して下さい。
既製品の場合は、基準価格の算出根拠等の詳細も記載されている必要があります。

作成した装具の写真
※コピー用紙等の普通紙に印刷して提出

(R4. 11)