

**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

**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

JSR健康保険組合 御中

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 保険証を見て記入して下さい。 うえ訂正印を押印して下さい。 申請日 令和 \*\*年\*\*月\*\*日

被保険者証の記号番号	記号 **	番号 ****	被保険者氏名	健保 太郎	
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(株)	所属テレNo	〇〇チーム Y*** (AO1)	連絡先(内線) *** - ****	
受診者氏名	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 **年**月**日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 **年**月**日	任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。	
傷病名	右足関節靭帯損傷	発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 **年**月**日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 **年**月**日	任意継続の方は、記入不要です。	
発病又は負傷の原因および傷病の経過	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。				
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)	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具(関節用装具・コルセット・ギブス・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』 <input type="checkbox"/> 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)』 <input type="checkbox"/> 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	別紙領収書の領収書の日付を記入して下さい。	入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 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中によるものであるか	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為によるものであるか	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為によるものとき	
振込希望口座	〇〇	金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 農協	支店名	
(被保険者名義)	機関コード	店番コード	種	口座番号(右ゾム)	口座名義(カタカナで記入)
	****	****	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当	****	ケンポ タロウ

※「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。

1. 業務上や通勤途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、「支給証」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、本人確認のための添付書類が必要です。)

◎健保処理欄

<input type="checkbox"/> 補装具・本人(2012)	<input type="checkbox"/> 補装具・六歳(2014)	<input type="checkbox"/> 補装具・高一(2018)
<input type="checkbox"/> 補装具・家族(2016)	<input type="checkbox"/> 補装具・高7(2010)	

総医療費(健保適用分)	自己負担	健保負担(療養費)	高額療養費	付加金
円	円	円	円	円

### 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

所在地 〇〇県××市△△町\*\*\*\*

医療機関名称 〇×整形外科

担当医師 健康 一郎

### 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

所在地 〇〇県××市△△町\*\*\*\*

医療機関名称 〇×整形外科

担当医師 健康 一郎

### 領収書

健保 花子 殿

\*\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

¥ 20,000 円

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。

\*\*\*\*\*

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

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。