

記入例

・ 医師の指示により、コルセットなどの治療用器具を作成し装着したとき

添付書類の見本

※証明書は以下の基準様式にてご提出ください。

JSR健康保険組合 御中

治療用器具 輸血(生血) 被保険者(本人) 被扶養者(家族) 療養費支給申請書

係 事務長 係 理事 押印不要

※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)
受診者氏名	健保 花子	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
傷病名	右足関節韧带損傷	発病又は負傷年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
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"/> 治療用器具(関節用器具・コルセット・ギブス・サポーター・義足等)を装着したため → 『治療用器具製作指示装着証明書(原本)』、『領収書(原本)』、『器具写真』 <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 医師から器具士への指示日を記入して下さい。	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)	令和 **年 **月 **日	診療に要した費用の額	*器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どうか	<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どうか	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
振込希望口座	〇〇	支店名	×× 〇〇本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店
(被保険者名義)	機関コード 店番コード 種	口座番号(右ゾメ)	口座名義(カタカナで記入)
	****	****	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、第三者の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

治療用器具製作指示装着証明書

住 所(患者様の住所) _____
氏 名(患者様の氏名) _____
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等
疾病名 _____ 症状等 _____
(治療遂行上の必要(症状や装着目的)、修理が必要となった状況や理由等)

上記の疾病により(オーダーメイド・既製品器具/新規・修理)
(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

の装着を
令和 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め
_____ (職医器具士の氏名) へ(製作・購入・修理)を指示し、
令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考
※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
※2 製作を指示した職医器具士と、適合調整した職医器具士が違えば、適合調整した職医器具士の氏名を記載。
※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、職医器具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日
医療機関所在地 _____
医療機関名 _____
医療機関電話番号 _____
医師 氏名 _____

領 収 書

*****年**月**日

健保 花子 殿

百	+	万	千	百	+	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。
*****印*****

作成した器具の写真
※コピー用紙等の普通紙に印刷して提出

器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。