

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

JSR健康保険組合 御中

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

※訂 保険証を見て記入して下さい。 印 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 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 〇〇チーム Y*** (A01) 連絡先(内線) *** - ****

受診者氏名 (被保険者との続柄: 長女) 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。

傷病名 右足関節靭帯損傷 発病又は負傷年月日 **年**月**日

発病又は負傷の原因および傷病の経過 **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・ギブス・サポーター・義足等)を装着したため → 『治療用装具製作指示装着証明書(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 医師から装具士への指示日を記入して下さい。 入院外来の別 入院 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 *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 ある ない 傷病が第三者の行為によるものであるか ある ない 傷病が第三者の行為によるものとき 其の事実の届出を JSR健康保険組合へ している していない

振込希望口座 〇〇 銀行 銀行 労金 農協 信金 出張所 支店 支店

金融機関名 〇〇 支店名 XX 〇〇 〇〇

機関コード 店番コード 種別コード 口座番号(右ツメ) 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 傷病の原因が、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。

② 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

補装具・本人(2012) 補装具・六歳(2014) 補装具・高一(2018) 補装具・本人(2012) 補装具・六歳(2014) 補装具・高一(2018) 補装具・本人(2012) 補装具・六歳(2014) 補装具・高一(2018)

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

添付書類の見本

※証明書については、以下の定められた様式を使用する取扱いとなっています。医療機関から異なった様式の証明書を受け取った場合は、以下の定められた様式の記載項目が全て記載されているかご確認の上、未記載の項目がある場合は医療機関へ記入依頼を行って下さい。

治療用装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・既製品装具/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
 _____ (義肢装具士の氏名) 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 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
 ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装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

¥ 2 万 0 千 0 百 0 十 0 円

但し
 下腿支部 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*****

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