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。

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）

JSR健康保険組合 御中

係	事務長	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

※訂正は二重線で訂正し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	申請日 令和 ＊＊年＊＊月＊＊日
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 □令和			
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、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。 ＊＊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	領収書の日付を記入して下さい。	入院外来の別	□ 入院 ・ ☑ 外来		
診療期間（支給期間）	＊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	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	
（被保険者名義）	機関コード ＊＊＊	店番コード ＊＊＊	種 ☑普 □当	口座番号（右ツメ） ＊＊＊＊＊＊＊	口座名義（カタカナで記入） ケンポ タロウ	

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. 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）	自己負担	健保負担（療養費）	高額療養費	付加金
円	円	円	円	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。

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

（R3. 07）