

療養費支給申請書（治療用装具）

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等記号・番号 —		② 被保険者の氏名及び生年月日 昭・平 年 月 日		③ 本請求書の提出を事業主に依頼します チェック <input type="checkbox"/>	
	④ 被保険者（請求者）の現住所	郵便番号	TEL ( )	携帯 ( )	方	
	⑤ 事業所の名称					
	⑥ 被扶養者（家族）が受けるものであるときは、その者の					
	⑦ 氏名		⑧ 続柄	⑨ 生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
	⑩ 傷病名		⑪ 発病または負傷の日時			平成 年 月 日 午前 時 午後 時 頃
	⑫ 発病または負傷の原因		⑬ 発病または負傷の原因は次のうちどれにあたりますか。 □交通事故・□暴力（ケンカ） □スポーツ中（□職場の行事・□職場の行事以外） □動物による負傷（飼い主 □有・□無） □あてはまらない			
	⑭ 発病または負傷の原因		⑮ 「上記5」に当てはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 □被害者・□加害者・□相手無			
	⑯ 発病または負傷の原因		⑰ 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。			
	⑱ 第三者の行為によるものですか		⑲ 「はい」の場合、第三者の住所、氏名（住所・氏名が不明であるときはその旨）			
⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由（当てはまるものに○）		1. 治療用装具は保険契約がないため 2. その他 ( )				
㉑ 装具装着の指示を受けた医療機関等の名称						
㉒ 治療の内容（当てはまるものに○）		1. 治療用装具 2. 治療用眼鏡 3. 弾性着衣 4. その他 ( )				
㉓ 装具装着の指示を受けた日（※治療用眼鏡・弾性着衣の場合は購入日）		令和 年 月 日		㉔ 装具購入にかかった費用 円		

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 住所 (請求者) 氏名	
代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）  
 ※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。  
 ※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード		支店コード	
	銀行・農協 信金・信組		本店 支店	
	普通・当座	口座番号		
口座名義	フリガナ			

この書類の送付先は  
 〒100-0014  
 東京都千代田区  
 永田町2-17-2  
 東京薬業健康保険  
 組合 給付課 宛

受付日付印

口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

## ※※記入方法及び注意事項※※

### 〔記入の注意事項〕

1. ①の被保険者等記号・番号が分からない場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。
2. 被保険者は、当組合加入の事業所に勤務し、保険料を納めている方です。被扶養者は、被保険者に扶養されているご家族の方です。
3. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず③欄にチェックをしてください。

### 〔治療用装具・弾性着衣の添付書類〕

1. 治療上、装具又は弾性着衣が必要であるという医師の証明書（原本）
2. 装具又は弾性着衣の領収書（原本）及びその明細書
3. 靴型装具の場合は、当該装具の写真（患者が実際に着用する現物であることがわかるもの）

### 〔治療用眼鏡の添付書類〕

1. 保険医の治療用眼鏡等の作成指示書・検査結果（写）
2. 治療用眼鏡の領収書（原本）

※ 証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。

※ 添付書類の返却を希望される場合は、健保までご連絡ください。

※ 健康保険の給付の受給権は2年で消滅します。療養費の時効の起算日は支払をした日の翌日です。

**記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。**