

# 療養費支給申請書 (治療用装具)

(被保険者・家族)

**チェックポイント**

審査のため、申請から支給可否決定まで、数ヶ月お時間がかかる場合もあります。また後日、事業所人事経由で従業員ご本人に、申請内容につき、別途ヒアリングさせていただく場合もありますので、ご了承ください。

申請者の記入欄	被保険者	記号 - 番号	フリガナ氏名								
		-									
	事業所名		所属		電話						
受診者	フリガナ氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳 ※装具作成日 時点を記入	続柄		
	傷病名		未記入は受付できません(傷病名/発病・負傷原因) 原因がわからない場合は「不明」の記載でも結構です。								
	発病・負傷原因		(詳細を記入のこと)								
	発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか		はい ・ いいえ								
	交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか		はい ・ いいえ								
	傷病が第三者行為であるとき	(事実及び第三者の住所・氏名)									
	発病・負傷年月日		平成 令和	年	月	日	本疾病に対し初めて受診した日(初診日)	平成 令和	年	月	日
	装具を作製することが決まった日		令和	年	月	日	装具を装着した日(納品日)	令和	年	月	日
	以前にも同様の傷病・同部位の装具を作製されましたか		以前にも作製したことがある ・ 初めて作製した 以前作製したことがある場合は、今回新たに作製した理由を以下にご記入ください。								
	今回装具を作製した部位で、身体障害者手帳をお持ちですか (障害者総合支援法による補装具費支給の対象になるかを判断するため、身体障害者手帳の有無を確認させていただきます)		持っている ・ 持っていない 持っている方は、自治体へ補装具費支給申請をしなかった理由をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 自治体から申請対象外と言われたから <input type="checkbox"/> 主治医から治療用装具のため健保組合への請求と言われたから <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	装具購入費用		申請年月日・従業員の住所、氏名の記入を確認ください								
	上記のとおり申請いたします。 ただし、給付金の受領は事業主に委任します。										
	年	月	日	被保険者	住所	氏名					
退職者のみ記入	振込先口座	銀行名		支店名		預金種別	普通・当座				
		口座番号									
		口座名義人名(カナ)									

健保記入欄	購入年月	年	月	本人家族区分	本人・家族・未就学・高7・高8					
	種別	治療用装具・補装具		照会の要不要	不要・医療機関・装具制作所・申請者					
	業務上外	業務外・業務上		第三者行為	非該当・該当	支払い	支給・不支給			
	備考				支給額合計	円				

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄