

## 療養費支給申請書(治療用装具)

医師の指示により、コルセット、関節固定器や弾性着衣などの治療のため必要な装具を購入、装着したときや9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入したときなどに、支給を受けることができます。

### <記入の仕方>

※必ず手書き記入(ボールペン書きとしてください。鉛筆書きは不可です。)  
 ※やむを得ない事情を除き(手をケガしてペンが持てない等)、印字による申請書は受け付けません。  
 ※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

| 項目                      | 内容                                                                                                                                                |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①被保険者記号番号               | ①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)のいずれかで確認<br>※枝番は不要<br>※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号をご記入ください(不明な場合空欄可)                                                      |
| ②会社の名称                  | 所属会社の名称を記入                                                                                                                                        |
| ③被保険者の氏名                | 被保険者の氏名を記入                                                                                                                                        |
| ④生年月日                   | 被保険者の生年月日を記入                                                                                                                                      |
| ⑤被保険者の住所                | 送付物が必ず届く住所を記入(審査後に決定通知書を送付します)<br>※登録と異なる住所でも構いません<br>※申請から決定まで数ヶ月時間を要します。その間住所変更した場合は、ご連絡ください。<br>または郵便局で転送の手続きを行ってください。                         |
| ⑥連絡先電話番号                | 被保険者に日中連絡がとれる電話番号(携帯可)                                                                                                                            |
| ⑦療養を受けた方の氏名             | ・被保険者本人であれば、同名を記入<br>・家族であれば、家族の氏名を記入                                                                                                             |
| ⑧傷病名                    | 病院で治療を受けた病名を記入(治療用装具製作指示装着証明書に記載されている傷病名)                                                                                                         |
| ⑨-1傷病の原因                | ⑧の原因を記入 ※不明な場合は「不明」と記入                                                                                                                            |
| ⑨-2傷病の背景                | 該当するものに○をつける<br>※業務上又は通勤途中の原因による病気やケガは原則労災保険の対象です                                                                                                 |
| ⑨-3労働災害・通勤災害の認定を受けているか  | ⑨-2で「2」又は「3」に該当する方のみ、該当するものに○をつける                                                                                                                 |
| ⑨-4傷病の原因は第三者行為によるものか    | 傷病の原因に該当するものに○をつける                                                                                                                                |
| ⑩発症または負傷の年月日・           | ⑧の発生年月日を記入 ※不明な場合は空白                                                                                                                              |
| ⑪診療を受けた医療機関等の名称・所在地・医師名 | 名称:治療を受けた医療機関の名称を記入<br>所在地:その医療機関の住所<br>医師名:担当の医師名                                                                                                |
| ⑫治療用装具装着日               | 治療用装具を装着した日を記入<br>(治療用装具製作指示装着証明書の○年○月○日に患者へ装着～の年月日)<br>※小児弱視等にかかる眼鏡等の場合は、眼鏡を購入した日                                                                |
| ⑬装具装着について指示を受けた日        | ・治療用装具の場合:<br>「治療用装具製作指示装着証明書」の○年○月○日診察のうえ～の年月日<br>・弾性着衣の場合:<br>「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日<br>・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合:<br>「弱視等作成指示書」に記載されている作成指示があった日 |
| ⑭装具の費用額                 | 領収書に記載されている金額を記入                                                                                                                                  |
| ⑮療養費の支給申請の理由            | 記入不要                                                                                                                                              |
| ⑯振込先銀行口座                | 療養費の振込先の金融機関を記入(被保険者と同一名義の普通預金口座)                                                                                                                 |

### <添付書類>

|                          |                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 治療用装具<br>※短下肢装具以外の場合     | ①治療用装具製作指示装着証明書(担当医の証明)原本<br>装具を必要とした日と、装具を装着した日を証明する文言が記載されていること<br>②装具の領収書原本<br>③装具の内訳書原本(領収書に内訳の記載がない場合は内訳書が必要)                                        |
| 治療用装具<br>※短下肢装具の場合       | ①治療用装具製作指示装着証明書(担当医の証明)原本<br>装具を必要とした日と、装具を装着した日を証明する文言が記載されていること<br>②装具の領収書原本<br>③装具の内訳書原本(領収書に内訳の記載がない場合は内訳書が必要)<br>④装具作製確認書(当組合書式)・作製した装具の写真(写真添付依頼参照) |
| 治療用眼鏡の申請の場合              | ①弱視等治療用眼鏡等作成指示書原本<br>②眼鏡の領収書原本<br>③眼鏡の内訳書原本(領収書に内訳の記載がない場合は内訳書が必要)<br>フレーム代、レンズ代、加工代などの明細(店舗発行印が押印されたもの)                                                  |
| ケガ(負傷)による申請の場合           | 負傷理由報告書を添付してください。                                                                                                                                         |
| 第三者行為(交通事故やケンカ等)による申請の場合 | 「第三者行為による傷病届」も添付してください                                                                                                                                    |