伺年月日	令和　年　月　日	取得	年　月　日	喪失	年　月　日
常				決	定　額
申請					月　日

市町村に申請される方は領収書と医師の指示書のコピーを必ず取ってください

～健保の支給証明はWEBに配信しています～

決裁日
付印

療養費 / 第二家族療養費 支給申請書

治療用装具・弱視用眼鏡

令和　3年　5月　1日

記号	番号	フリガナ	ケンポ　タロウ	生年月日
9999	1234	氏名	健保　太郎	(昭)・平　48年　8月　8日生
事業所の名称		フリガナ	○○シ　○○チョウ　○○○バンチ	
○○信用金庫		申請者の住所	○○市○○町○○○番地	

申請が被扶養者に関するとき	フリガナ	ケンポ　ハナコ	生年月日	続柄
	氏名	健保　花子	(昭)・平・令　54年　9月　1日生	妻

傷病名	右足部捻挫
発病または負傷の原因	令和　3年　4月　1日　(午前)・午後　10時　30分(頃)　(負傷)・発病
	発病の原因が不明の場合は、該当するものに○を付けてください。　不明・生まれつき
	負傷場所　市民体育館
	何をして　バレーボール試合中
	どのように負傷したか　ボールを受けたときに転倒し負傷
	負傷したときは　出勤前・勤務中・勤務日の休憩中・帰宅後・通勤途上(出勤時・帰宅時)　(休日)・部活中・その他(　)

第三者行為によるものですか	はい・(いいえ)	第三者行為届の提出の有無	届出済・未提出(添付)
	第三者の住所・氏名また不明のときはその理由	住所 氏名 理由	

治療を受けた医療機関等		
	名称	○○○○病院・医院
	所在地	○○市○○町○○○-○

診療を受けた期間	令和　3年　4月　2日　から　年　月　日　まで　継続中	左記の期間内で入院していた期間	年　月　日　から　年　月　日　まで
療養費申請の理由	業者に装具を依頼したため		
装具装着日	令和　3年　4月　10日	(療養に要した費用の額)	15,000　円

R6.5

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・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。

被保険者のマイナンバー記載欄

領収書の金額

装 具 作 製 確 認 書

医師の指示により作製された装具に対する給付金支払い決定に必要なため、受診状況についてご回答をお願いします。

問1 装具を作製するきっかけを教えてください（例）医師の勧め、継続的に受診し作製した等

治療用装具を作製されたときの状況を詳しくご記入ください

※治療用眼鏡と弾性着衣等の場合は記入する必要はありません

問2 装具

（1） 採

Ⓐ 患 ）

「型」

③誰が型を取りましたか？医師/看護師/装具業者

Ⓑ **足型版（ﾌｯﾄﾌﾟﾚｼｮﾝﾌｫｰﾑ）を踏み込み**「型」を取った ・・・はい/いいえ

（2） **採寸**をした（ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞにするために、幹部やその周囲の各所を**ﾒｼﾞｬｰで細かく測った**） ➡ 誰が測定しましたか？ 医師/看護師/装具業者

（3） **既製品（完成品）**を購入した ➡ サイズ選択方法は？
- ① メジャーで測った → 誰が測定しましたか？
  - ① 医師
  - ② 看護師
  - ③ 装具業者
- ② 試着した
- ③ 何も行っていない

（4） 何も行わなかった

以上のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

申請者氏名

注意事項

① 治療用装具の写真を添付してください。（上・横・前・後ろの四方向より撮影）

② 診療内容について医師に文書照会を行う場合がありますので、下記「同意書」の記入をお願いします。

③ 給付金の支給決定は、本書および医療機関の受診内容、医学的所見、症状経緯などをレセプトや医師への照会などを基に判断することから、支払い決定まで時間を要することがありますのでご了承ください。

添付書類等チェック欄 《添付忘れがないかチェックしてください》

申請書類確認欄	治療用装具		領収書 原本(内容明細が記載されていない場合は別途、明細書が必要)
			治療用装具の装着が必要であると認めた医師の証明書
			写真（上・横・前・後ろの四方向より撮影）
	治療用眼鏡		領収書 原本(内容明細が記載されていない場合は別途、明細書が必要)
			治療用眼鏡等作成指示書
	弾性着衣等		領収書 原本(内容明細が記載されていない場合は別途、明細書が必要)
			弾性着衣等装具指示書

同 意 書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、愛知県信用金庫健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して愛知県信用金庫健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、愛知県信用金庫健康保険組合が当該医療機関等に対して、必要な範囲で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について愛知県信用金庫健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをいたしません。

なお、本書の写しも有効といたします。

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長様

（同意日） 令和 年 月 日

被保険者氏名