## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等 については「記入の手引き」をご確認ください。 ・ この中誌書け、今和5年1日以際にご使用ください

																/44.96					14.4					
		į	記号(左づめ) 番号(左づめ)											生年月日												
	被保険者	<b>計証</b> 「	$\neg$	$\overline{}$		$\top$	$\Box$					$\neg$			$\neg$		1.昭		$\neg$	$\neg$	Г	$\overline{}$	$\neg$	Г	$\top$	٦l
		L														2.平成 3.令和					年 月 日					▋
		r								_	_		_	-	<del></del>							_	_			$\exists$
被	氏名 (カタカナ																									
床 険	(,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		生と名の間	は1マス	空けてご記	入くださ	い。濁点	į(*),≟	半濁点(゚	)は1	字とし	てご記入	くだっ	まい。												
首(由	氏名																						(いた) ってい <sup>2</sup>			t.
請考	八百																			かるこう ご申				<i></i> ∞ □ le		
被保険者(申請者)情報	和伊亚										an = 1	<b>#</b> =				_		T	_	T	T	_				П
報	郵便番· (ハイフン)											番号 イフン(	余く)													
																										_
	住所		(都) (道)																							
					府。原																					
<b>.</b>	振込先指定口座は、		記申請者	氏名と同	可じ名義の	口座を				ernor	/= 4n	,										,-	* r=	· / 1	ETN.	
派込	金融機関名称			(_	(銀行)(金庫)(信組)					支店名								(代理店)(出張所)(本店営業部)								
振込先指定口			(その他)( )														本所									
														<del>□ 死</del> □	2			$\overline{}$								
座	預金種	別	1 普通預金										口座番号 (左づめ)													
ゆうち	よ銀行の口座へ	お振り込み	を希望され	れる場合、	支店名は3	3 桁の漢	数字を、	口座番	号は振込	∆専用(	の口座	番号(7:	行)を	ご記入・	ください。	,	_									
	よ銀行口座番号										-								2ペ	ーシ	目	に糸	きき	ます。		
	食者証の記号番号 した場合は、本 <i>)</i>					「一をご言	記入くだ	さい。																		
																				$\equiv$						
社会保険労務士の																										
	提出代行者 ————	5名記入	、欄																							
						以下	は、ホ	協会 <sup>。</sup>	使用	欄の	ため	、記	λl	ない	でくだ	ださい	۰۱,									
	MN確認 被保険者)		2. 記入有	(添付あり (添付なし	.)																					
(	以体贸日		3. 記入無	(添付あり <b>コ</b>	)						_		_													
		領収書		1. 添 2. 不					購入金	金額								円								
		医体	F		<u> 11 → → </u>		_	_	7	_	Ξ	_	_						_							
;	<b>添付書類</b>	医師 意見書等		1.添作 2.不值					年	L		月			<u> </u>	写 (靴型		L		1.添付 2.不備						
		 戸籍		1																						
		(法定代理)	LL	1.添作	口座証	明		1. 添	1র্য														- 受付	1日付日	]	
		装具種類			ルセット等 鏡等(弱視以		艮鏡等(弱 単性着衣	 i視)	弱視				掛け眼掛け眼	  鏡式  鏡式(高	音率)								×Ι'	- HIJH	-	
ŀ	申請内容	五八王/5	L		型装具				眼鎖	莧	L		焦点調													
		弾性着衣 種類		3. ス	トッキング(両 リ <b>ー</b> ブ	4. 5	ブローブ		弾性 対象犯					《浮腫治療治療治療		弾性着 購入枚										
		生大只		5. 包	帯(上肢)	6. 8	□帯(下肢	.)	<b>人</b> ] 本7	(理:	±)								_	_						
6	6 1	1 1	2 (	1 0	そ	の他		1	1. その他	1	-					枚数										

(2022.10)

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

被係	保険者	<b>皆氏名</b>														
		① - 1 装具作成対象者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)													
	1	① - 2 装具作成対象者の 氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。													
		① - 3 生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和													
	2	傷病名	3 発病または 負傷年月日 1. 平成 2. 令和 年 月 日													
		④ - 1 傷病の原因	1. 仕事中以外(業務外)での傷病 2. 仕事中(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病													
	4	④ - 2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	1. はい 2. 請求中 3. 未請求													
	5	傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。	1. はい   1. はい   2. いいえ   1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。   京春   東   保険   京春   東   東   東   日本   日本   日本   日本   日本													
申請内容		⑥ - 1 診療を受けた 医療機関等の名称	(大) (大) (大) (大) (大) (大) (大) (大)													
		⑥ - 2 診療を受けた 医療機関等の所在地	章 ( 治 療 用													
		<ul><li>⑥ - 3</li><li>診療した医師等の氏名</li></ul>	(表見)記入の													
	7	装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和 年 月 日 日													
	8	装具等購入日(領収日) および金額	令和 年 月 日   令和 年 月 日   中 日 円(右づめ) ださい。													
	9	装具等装着確認日 (証明日)	令和													
	10	診療の内容	治療用装具の装着													
	11)	療養費申請の理由	5. 治療用装具を作成したため													

6 6 1 2 1 2 0 1

