

記入例

- 被保険者(本人)
- 被扶養者(家族)

療養費支給申請書(治療用装具等)

「靴型装具」とは、足部を覆う装具で「内反足・外反偏平足」などの足部の変形の矯正や脚長差の補正など、治療を目的とした靴および靴に類似したものです。

太枠内をもれなく記入してください。訂正は印が必要です。

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

※「靴型装具」を申請する場合は、別紙「画像貼付台紙」を添付してください。

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

保険証の 記号・番号	9999 - 123456	被保険者氏名	健保 太郎			
事業所 名称	〇〇〇〇〇会社	所属 (工場・支社)	△△工場		(部署名)	〇〇部 〇〇課 〇〇係 〇組
受診者氏名	健保 花子	受診者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 平	53 12 8	年齢	40 続柄 妻
装具を必要とする 傷病名	腰椎骨折	発病または負傷 の年月日、時間	<input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令	元 年 5 月 10 日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	9 : 15 頃 <input type="checkbox"/> 不明
第三者行為による傷病ですか (交通事故等)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者行為に関する書式」一式を提出			業務上、または通勤 途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
傷病の原因 (できるだけ詳しく)	自宅の階段から足を滑らせ転倒		<p><第三者行為による傷病の例> 交通事故に遭った、他人から暴力を受けた、 他人のペットにかまれたなど (第三者行為による傷病では請求不可)</p>		業務上または通勤途上での傷病では請求不可	
傷病の経過	装具装着のうえ経過観察中					
装具作製履歴	<p>●今回の傷病に対する装具は初めて作製しましたか? ※該当するものにチェックを入れてください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 初めて作製した</p> <p><input type="checkbox"/> 以前も作製したことがある ⇒</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 以前作製した装具を修理 <input type="checkbox"/> 以前作製したものと同一装具を作製(使用(耐用)年数以上) <input type="checkbox"/> 以前作製したものと同一装具を作製(使用(耐用)年数未満) ※使用(耐用)年数未満で作製した場合は、療養費の支給対象外となります。 <input type="checkbox"/> その他 () 					
装具作製の目的	<input type="checkbox"/> 痛み・症状の緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 患部の固定・矯正・支持・免荷 <input type="checkbox"/> 日常生活の利便性 <input type="checkbox"/> 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> その他 ()					
装具作製時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ギプス・石膏・足型版などで型を取った <input type="checkbox"/> S/M/Lのサイズを決めるため、メジャーで簡単に測定 <input type="checkbox"/> 何も行わなかった <input type="checkbox"/> 患部やその周辺の各所をメジャーで測定 <input type="checkbox"/> その他 ()					
サイズ合わせの 状況	<input type="checkbox"/> 医師または看護師が実施	治療用装具 作成日	<input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令	元 年 5 月 10 日	治療用装具 等の金額	46,000 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 装具業者が実施		<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
上記のとおり請求し、給付金の受領を下記事業主へ委任します。 また、ジェイテクト健康保険組合が医療機関に対して、療養等の内容照会を行うこと または、当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 元 年 5 月 15 日 住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇番 〇号 〇〇アパート 〇〇号室 被保険者氏名(請求者氏名) 健保 太郎			◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ず記入してください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要) (金融機関コード) (店番コード) (フリガナ) (フリガナ) <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 出張所 普通 口座番号(7桁) フリガナ 名義 ※請求者名義の口座に限る			

この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。

令和 年 月 日

事業主所在地

事業主名称

事業主氏名

もれなく事業主に記入を受けてください。
訂正は、事業主の印が必要です。