

給付 申請書名	療養費支給申請書③ (治療用装具等を購入したとき)	
目的	◇医師の同意の下、コルセット、サポーター等の治療用装具を購入したときの申請手続き。 ◇申請により、健康保険負担分を還付する。	
提出締切	◇健保組合に25日までの到着分が翌月25日に支給予定となる(休日の場合は前営業日) (第一生命従業員は給与計上、任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金、 第一生命以外の会社の方は所属の会社から25日以降に支給される)	

【記入見本】

【第一生命従業員(キャリアローテーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由																																							
第一生命健康保険組合 御中																																							
受信No. _____																																							
① <b>被保険者</b> <b>療養費支給申請書</b>																																							
<table border="1"> <tr> <td>② 被保険者証</td> <td>記号</td> <td>2 × × ×</td> <td>番号</td> <td>1 0 × × × × ×</td> <td>所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>○ X 部 支社 ○ △ 課</td> </tr> <tr> <td colspan="5">被保険者(本人) 氏名 <b>第一 花子</b></td> <td>会社 営業オフィス</td> </tr> <tr> <td colspan="5">男</td> <td>資格取得年月日 S H R × 年 × 月 × 日</td> </tr> <tr> <td colspan="5">女</td> <td>資格喪失年月日 R 年 月 日</td> </tr> </table>		② 被保険者証	記号	2 × × ×	番号	1 0 × × × × ×	所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)						○ X 部 支社 ○ △ 課	被保険者(本人) 氏名 <b>第一 花子</b>					会社 営業オフィス	男					資格取得年月日 S H R × 年 × 月 × 日	女					資格喪失年月日 R 年 月 日								
② 被保険者証	記号	2 × × ×	番号	1 0 × × × × ×	所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)																																		
					○ X 部 支社 ○ △ 課																																		
被保険者(本人) 氏名 <b>第一 花子</b>					会社 営業オフィス																																		
男					資格取得年月日 S H R × 年 × 月 × 日																																		
女					資格喪失年月日 R 年 月 日																																		
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">③ 医師証明欄</td> <td>★ 療養を担当した医師が意見を記入するところ</td> <td>傷病名</td> <td colspan="2"></td> <td>発病年月日</td> <td>H 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>治療用装具、輸血代の場合のみ記入。 ただし、同意書または意見書等、医師が必要と認めた証明書の添付があれば記入不要。</td> <td>治療用装具の名称</td> <td colspan="2"></td> <td>必要と認めた年月日</td> <td>R 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>必要とする理由</td> <td colspan="2"></td> <td>装着年月日</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">上記のとおり相違ありません 医療機関の 名称・所在地 医師の氏名</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">令和 電話番号 医師証明欄必須 別に同意書、意見書等 の添付があれば記入 不要</td> </tr> </table>		③ 医師証明欄	★ 療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名			発病年月日	H 年 月 日	治療用装具、輸血代の場合のみ記入。 ただし、同意書または意見書等、医師が必要と認めた証明書の添付があれば記入不要。	治療用装具の名称			必要と認めた年月日	R 年 月 日		必要とする理由			装着年月日	R		上記のとおり相違ありません 医療機関の 名称・所在地 医師の氏名			令和 電話番号 医師証明欄必須 別に同意書、意見書等 の添付があれば記入 不要														
③ 医師証明欄	★ 療養を担当した医師が意見を記入するところ		傷病名			発病年月日	H 年 月 日																																
	治療用装具、輸血代の場合のみ記入。 ただし、同意書または意見書等、医師が必要と認めた証明書の添付があれば記入不要。		治療用装具の名称			必要と認めた年月日	R 年 月 日																																
		必要とする理由			装着年月日	R																																	
	上記のとおり相違ありません 医療機関の 名称・所在地 医師の氏名			令和 電話番号 医師証明欄必須 別に同意書、意見書等 の添付があれば記入 不要																																			
<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">④ 被保険者記入欄</td> <td>療養を受けた者の氏名</td> <td><b>第一 花子</b> 男</td> <td>その者の生年月日</td> <td>昭和 年 月 日</td> <td>被保険者との続柄</td> <td>本人</td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="2">○○○○○○○○</td> <td>△ には○必ずして下さい</td> <td colspan="2">△左記傷病の原因は、事故によるものですか?</td> </tr> <tr> <td>発病または負傷年月日</td> <td colspan="2">平成 令和 年 月 日</td> <td>△ には○必ずして下さい</td> <td colspan="2">△左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか?</td> </tr> <tr> <td>診療または手当の期間</td> <td colspan="2">令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで</td> <td>△ には○必ずして下さい</td> <td colspan="2">△左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか?</td> </tr> <tr> <td>傷病の原因 (どこで、どのような状況・原因か詳しく記入)</td> <td colspan="3"><b>休日に自転車に乗っていて転倒した</b></td> <td>診療または手当に要した費用の額</td> <td>5,825 円</td> </tr> <tr> <td>保険診療を受けられなかつた理由 (どうぞ)</td> <td colspan="2">治療用装具 海外で受診 他健保使用</td> <td colspan="3">不携帯・他健保使用・その他の理由の場合はその理由を詳しく</td> </tr> </table>		④ 被保険者記入欄	療養を受けた者の氏名	<b>第一 花子</b> 男	その者の生年月日	昭和 年 月 日	被保険者との続柄	本人	傷病名	○○○○○○○○		△ には○必ずして下さい	△左記傷病の原因は、事故によるものですか?		発病または負傷年月日	平成 令和 年 月 日		△ には○必ずして下さい	△左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか?		診療または手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		△ には○必ずして下さい	△左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか?		傷病の原因 (どこで、どのような状況・原因か詳しく記入)	<b>休日に自転車に乗っていて転倒した</b>			診療または手当に要した費用の額	5,825 円	保険診療を受けられなかつた理由 (どうぞ)	治療用装具 海外で受診 他健保使用		不携帯・他健保使用・その他の理由の場合はその理由を詳しく			
④ 被保険者記入欄	療養を受けた者の氏名		<b>第一 花子</b> 男	その者の生年月日	昭和 年 月 日	被保険者との続柄	本人																																
	傷病名		○○○○○○○○		△ には○必ずして下さい	△左記傷病の原因は、事故によるものですか?																																	
	発病または負傷年月日		平成 令和 年 月 日		△ には○必ずして下さい	△左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか?																																	
	診療または手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		△ には○必ずして下さい	△左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか?																																		
傷病の原因 (どこで、どのような状況・原因か詳しく記入)	<b>休日に自転車に乗っていて転倒した</b>			診療または手当に要した費用の額	5,825 円																																		
保険診療を受けられなかつた理由 (どうぞ)	治療用装具 海外で受診 他健保使用		不携帯・他健保使用・その他の理由の場合はその理由を詳しく																																				
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">⑥ 傷病の原因は、どこで、どのような状況・原因か詳しく記入</td> <td colspan="4">より申請いたします 金の受領を事業主に委任いたします(注4)</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3"><b>○○県○○市○○×× 1-1-△</b></td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"><b>第一 花子</b></td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> </table>		⑥ 傷病の原因は、どこで、どのような状況・原因か詳しく記入	より申請いたします 金の受領を事業主に委任いたします(注4)				令和 年 月 日	住所	<b>○○県○○市○○×× 1-1-△</b>			昭和 年 月 日	氏名	<b>第一 花子</b>			平成 年 月 日																						
⑥ 傷病の原因は、どこで、どのような状況・原因か詳しく記入	より申請いたします 金の受領を事業主に委任いたします(注4)				令和 年 月 日																																		
	住所	<b>○○県○○市○○×× 1-1-△</b>			昭和 年 月 日																																		
氏名	<b>第一 花子</b>			平成 年 月 日																																			
<p>(注) 1. 各記入見本に記載の添付書類が必要です 2. 靴型装具を申請する場合は、装具の現物写真を「靴型装具写真貼付台紙」に貼って提出してください 3. はり・きゅう、あんま・マッサージを請求するときは、はり・きゅう及びあんま・マッサージ専用の用紙で申請ください 4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です(ご登録の保険料振替口座に支給します) 5. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります ※ただし、喪失後受診(他の組合健保や国保等へ返納した医療費を申請する場合)は、診療を受けた日の翌日から2年</p>																																							
<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">健保組合処理欄</th> <th colspan="2">保険給付金</th> <th colspan="2">区分</th> <th colspan="2">給付履歴有無</th> <th colspan="2">備考</th> </tr> <tr> <td colspan="2">円</td> <td>療養費 補装具 その他 ( )</td> <td>本人 家族 六歳 高一 高七</td> <td>有 無 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>検算</td> <td>支</td> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当</td> <td>入力者・入力日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>払</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		健保組合処理欄	保険給付金		区分		給付履歴有無		備考		円		療養費 補装具 その他 ( )	本人 家族 六歳 高一 高七	有 無 年 月 日						常務理事	事務長	担当	検算	支	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日						払				
健保組合処理欄	保険給付金		区分		給付履歴有無		備考																																
	円		療養費 補装具 その他 ( )	本人 家族 六歳 高一 高七	有 無 年 月 日																																		
	常務理事	事務長	担当	検算	支	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日																														
					払																																		

添付書類	<p>① 装具を購入した際の領収書原本（装具使用者のあて名、もしくは、装具使用者が明記されたもの） → 領収日が医師証明日と同日又はそれ以後であること。</p> <p>② 医師の同意書又は意見書原本（装具の使用を認めるというもの） → 療養費申請書の医師証明欄に記入の場合は不要。</p> <p>③ 装具の現物写真（靴型装具に限る） → 写真は正面と側面または背面から撮影し「靴型装具写真貼付台紙」に貼ること。</p>
------	---

### 【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	標題	本人に関する申請時は“被保険者”に、家族の時は“被扶養者”に○を付ける。
②	被保険者証の記号番号他	健康保険証の記号番号、被保険者氏名、所属、資格取得日、喪失している場合は資格喪失日（退職日の翌日等）を記入する。
③	医師証明欄	装具装着を同意した医師の証明欄。 別に、同意書、意見書を添付しても可。
④	療養を受けた者の氏名・傷病名・発病又は負傷年月日・診療又は手当の期間	傷病名は医師の証明と同一傷病を記入する。
⑤	左記の原因は事故によるものですか？・傷病の原因	交通事故・労災確認のため、はい又はいいえに○をする。 傷病の原因を必ず記入する。
⑥	保険診療を受けられなかった理由	治療用装具に○。
⑦	上記のとおり申請いたします	本人が記入する。（記入日、住所、署名、生年月日）

### Q & A

Q 1. 治療用装具とはどのようなものですか？

A 1. 医師が治療上必要であると認めて、医師の指示により作成したものが対象となります。

e x. 関節用装具、小児弱視等治療用眼鏡、弾性着衣等

Q 2. 子供が弱視のためメガネを購入しました。請求できますか？

A 2. 治療のため、もしくは治療の効果が測定できることがわかるものがあればOKです。

ただし、被扶養者であり9歳未満であることが条件です。

必要書類 ◆ メガネ作成または購入した際の領収書

◆ 医師の診断書、作成指示等 ◆ 視力等の検査結果

買い替えの場合、5歳未満の買い替えは装着期間1年以上の場合OK

5歳以上の買い替えは装着期間2年以上の場合OK

※支給額は上限の範囲内の7割（小学校入学前は8割）となります。

Q 3. 同じ部位の治療用装具を作成しました。再度申請できますか？

A 3. 装具にはそれぞれ耐用年数があり、その範囲内は療養費の対象外です。ただし、

治療遂行上、医師が必要と判断された場合は、支給対象となる場合もあります。