

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 被保険者 **療養費支給申請書**
被扶養者

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の 資格情報	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) 部 ○ × 支社 ○ △ 課 会社 営業オフィス
被保険者(本人) 氏名	第一 花子		資格取得年月日 S (H) R × 年 × 月 × 日 資格喪失年月日 R 年 月 日

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 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。	傷病名	発病年月日	H 年 月 日
	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 年 月 日
	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 × 年 × 月 × 日
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

④ 被保険者記入欄

療養を受けた 者の氏名	第一 花子	その者の 生年月日	昭和 平成 令和 × 年 × 月 × 日	年齢	× × 歳	被保険者 との続柄	本人
傷病名	○○○○○○○○○○			◇には○を 必ずして どちらか い	◇左記傷病の原因は、事故によるものですか？ ⑤ はい いいえ		
発病または 負傷年月日	平成 令和 × 年 × 月 × 日	◇左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか？ はい いいえ			◇左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか？ はい いいえ		
診療または 手当の期間	令和 × 年 × 月 × 日から 令和 年 月 日まで			診療または 手当に要した 費用の額			5,825 円
傷病の原因 (どこで、どのような状 況・原因か詳しく記入)	休日に自転車で乗っていて転倒した			診療または 手当に要した 費用の額			
保険診療を受け られなかった理由 (どこに○)	治療用装具	マイナ保険証等不携帯	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				
治療用装具	海外で受診	他健保使用					
とおり申請いたします 受領金受領書を事業主に委任いたします(注4) 令和 × 年 × 月 × 日							
住所 〒 × × × - × × × × × × × × × × 〇〇県〇〇市〇〇×× 1-1-△ 被保険者(本人) 氏名 第一 花子 昭和 平成 令和 × 年 × 月 × 日生							

傷病の原因は、ど
こで、どのような
状況・原因か詳し
く記入

マルもれ注意！

- (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

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7	有 無 年 月 日
	()	常務理事 事務長 担当 検算	常務理事 事務長 担当	入力者・入力日
	支払			

添付書類	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。 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。 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。
------	---

【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	健康保険の資格情報	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。 1.「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2.「資格情報のお知らせ」 3.「資格確認書」（交付対象者のみ） 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	被保険者記入欄「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。

R6.12 改訂