

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 ◇健保組合に月末までの到着分が翌月25日に支給される。
(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従業員は翌月25日以降に、所属の会社から支給される。

【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

② 被保険者証 記号 2×××× 番号 10×××××××× 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 会社 ○△ 課 営業オフィス
被保険者(本人) 氏名 第一 花子 男 女
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 令和 年 _____ 印 電話番号 _____

④ 療養を受けた者の氏名 第一 花子 男 女 その者の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 年齢 ×× 歳 被保険者との続柄 本人
傷病名 ○○○○○○○○
発病または負傷年月日 平成 年 月 日
診療または手当の期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
傷病の原因(どこで、どのような状況・原因が詳しく記入) 休日に自転車に乗っていて転倒した 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った理由(か)に○ 治療用装具 保険証不携帯 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 _____

⑤ 傷病の原因は、事故によるものですか? はい いいえ
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

⑥ 傷病の原因は、どこで、どのような状況・原因が詳しく記入

⑦ 住所 ○○県○○市○○×× 1-1-△ 氏名 第一 花子 昭和 年 月 日生

(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	本人	家族	有	無
常務理事								
事務長								
担当								
検算								
支払								
常務理事								
事務長								
担当								
入力者								
入力日								

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、押印、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。