

健 保 記 入 欄	受付日	令和	年	月	日	健保負担	7割	8割	--	
	資格取得日		年	月	日	支給額	円			
	資格喪失日		年	月	日	支給日	令和	年	月	日
	被扶養者認定日		年	月	日	計算式				
		課長	担当	台帳						

健保組合  
受付印

- 被保険者(本人)  
 被扶養者(家族)

## 療養費支給申請書

被 保 険 者 情 報	島津製作所健康保険組合理事長殿 下記のとおり療養費の支給を申請します。また、以下の「注意事項」の内容について同意します。										令和	年	月	日
	被保険者証 記号・番号	記 番	被保険者 名	生年月日			年			月		日		
	自宅住所	〒					会社名							
		TEL					TEL							
	※任意継続被保険者又は 資格喪失者のみ記入	銀行名	支店名		支店番号			普通 貯蓄						
	備考欄													

申 請 内 容	受診者名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日										
	傷病名	発病または負傷の 年月日		令和	年	月	日										
	発病または 負傷の原因	原因 場所	第三者行為に よるものですか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ											
	(記入がない場合 返却します)	状況	通勤災害・労働災害 によるものですか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ											
	診察を受けた 医療機関名	名称	所在地		医師名												
	診察を受けた 期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	器具等の装着について 指示を受けた日	令和	年	月	日	器具装着日	令和	年	月	日							
	診療に要した費用 の額(器具代)	円		診療の内容 (器具名)													
	申請の理由	<input type="checkbox"/> 急病のため保険証を持ち合わせていなかった <input type="checkbox"/> 治療用器具装着のため <input type="checkbox"/> 保険証の発行手続き中であった <input type="checkbox"/> その他→( ) 障害者手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(写しを添付) 器具のサイズ合わせはどこで行いましたか？ <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 器具業者の店 <input type="checkbox"/> 他( ) 誰が行いましたか？ <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 器具業者(義肢器具士) オーダーメイドですか既製品ですか？ <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 既製品 サイズ合わせはどのような方法で行いましたか？ <input type="checkbox"/> 患部にギプス包帯を巻き石膏で「型」をとる <input type="checkbox"/> 患部をインプレッションフォーム(発砲素材)に押し付けて「型」をとる <input type="checkbox"/> 患部をメジャーではかる <input type="checkbox"/> 紙の上に患部を置き線を引く <input type="checkbox"/> SML等のサイズを選んで試着する <input type="checkbox"/> その他→( )															

### 必要添付書類

#### ■ 一般診療の場合

- 診療報酬明細書または診療明細書
- 領収書(原本)

#### ■ 治療用器具購入の場合

- コルセット等
- 医師の意見及び器具装着証明書
- 領収書(原本)
- 仕様書または明細書(器具の種類、内訳別費用額の記載あること)
- 小児弱視等の治療用眼鏡等
- 眼鏡等作成指示書
- 領収書(原本)

### 注意事項

- 診療報酬明細書(レセプト)での内容確認後、支給決定を行います。また、医師への照会等を行う場合があります。
- 給付金は器具購入月の約3ヶ月後、事業主経由で支給します。
- 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。その場合、支給が遅れることがあります。
- 支給決定にあたり、当該器具の写真等の提出を求める場合があります。
- 被保険者証の記号番号にかえてマイナンバーを記載する場合は、備考欄へ記載し本人確認書類を添付してください。