

健康保険 本人 家族 療養費支給申請書 (治療用装具) 立替払

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日		③ 事業所の名称	
	5000		999		昭和 2 年 10 月 20 日 平成	
	④ 被保険者の氏名 (フリガナ) サンギョウ ケンイチ		⑤ 家族療養費の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 氏名		生年月日	
	産業 健一				昭和 平成 年 月 日 令和	
	⑥ 被保険者の住所・電話番号					
	〒 000 - 0001 △△市××町1-1 TEL 00-0000-0000					
	⑦ 傷病名および傷病の経過		⑧ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか		⑩ 負傷(ケガ)の原因・状況	
	右足関節捻挫		はい (別途「負傷届:第三者行為用」を提出してください) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (⑩に記入してください)		(いつ) 1年6月2日(日)10時00分頃	
	ケガ(⑧へ) 病気(⑨へ)		⑨ 発病の原因		発病の年月日 (どこで) 近所の公園 (何をしていた、どのように負傷したか)	
	⑪ 診療または手当の期間 受診日数		⑫ 入院の有無 入院期間		⑬ 装具等を装着した場合装着年月日	
令和1年6月3日から 令和1年6月30日まで 5 日		なし 令和 年 月 日から あり → 令和 年 月 日まで		令和1年6月12日装着		
⑭ 診療等に要した金額・装具等の代金		⑮ 診療または手当を受けた医療機関の名称等		⑯ 私用中 イ. 仕事 ウ. 通勤途中 エ. その他()		
15,000 円		名称 △□病院 医師の氏名 △□ 次郎 所在地 △△県△×市○△町3-3		ランニング中段差につまづき転倒した		
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由			⑱ やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由			
ア 治療用装具の装着 / 小児治療用眼鏡等の購入 イ. 他制度で受診(国保・協会けんぽ・その他) → ウ. 自費で受診 →						
委任状						
⑲ この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 会社名 氏名						
⑲ 振込銀行						
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
(フリガナ) シカク		預金種目		普通 当座 口座 その他()		
□ □ 銀行				7 6 5 4 3 2 1		
(フリガナ) サンカク		口座名義		(フリガナ) サンギョウ ケンイチ		
△ △ 支店				産業 健一		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【添付書類等】

- 治療用装具の場合
 - 領収書(原本)、医師の意見(同意)書および装着証明書(原本)
- 小児治療用眼鏡等の場合
 - 領収書(原本)、医師の治療用眼鏡等の作成指示書、検査結果
- 立替払の場合
 - 領収書(原本)、診療報酬明細書(原本)[診療明細書は不可]

※ 上記1.2の申請の場合は、裏面の「診療報酬明細書」は不要です

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

診療報酬明細書

患者氏名 (生年月日)	傷病名	診療期間	診療実日数
(昭・平・令 年 月 日生)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日

診療料	診療の内訳	薬名、用量等の明細	
初診	回	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">治療用装具申請の場合、裏面は不要です</p> </div>	
再診	× 回		
外来管理加算	× 回		
時間外	× 回		
休日	× 回		
深夜	× 回		
指導			
在宅	往診 回		
投薬料	内服薬剤		単回
	内服調剤		× 回
	外用薬剤		単回
	外用調剤		× 回
	調剤処方		× 回
注射料	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他	回	
処置術		回	
	薬剤	回	
検査	レントゲン	回	
	薬剤	回	
その他	薬剤	回	
入院料	入院年月日 年 月 日		
	入院料	× 日	
		× 日	
		× 日	
	入院医学管理料	× 日	
	× 日		
	× 日		
	特入・その他		
療養に要した費用の合計		点 円	

※立替払での申請の際、この用紙へ直接記入することに代えて、診療報酬明細書の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名が表示されている必要があります。

上記のとおり施術を行いました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名
連絡先の電話番号

()

健康保険

本人
 家族

療養費支給申請書(治療用装具 **立替払**)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日		③ 事業所の名称	
	5000		999		昭和 2 年 10 月 20 日 平成	
	④ 被保険者の氏名 (フリガナ) サンギョウ ケンイチ		⑤ 家族療養費の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 氏名		生年月日	
	産業 健一				昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑥ 被保険者の住所・電話番号					
	〒 000 - 0001 △△市××町1-1 TEL 00-0000-0000					
	⑦ 傷病名および傷病の経過		⑧ 負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか		⑩ 負傷(ケガ)の原因・状況	
	喘息発作		はい (別途「負傷届:第三者行為用」を提出してください) ・いいえ (⑩に記入してください)		(いつ) 年 月 日 () 時 分頃	
	ケガ (⑧へ) ・ 病気 (⑨へ)		⑨ 発病の原因		発病の年月日 (どこで)	
	不詳		H25年 4 月 日		(何をしていた、どのように負傷したか)	
⑪ 診療または手当の期間 受診日数		⑫ 入院の有無 入院期間		⑬ 装具等を装着した場合装着年月日		
令和 1 年 6 月 3 日から 令和 1 年 6 月 3 日まで 1 日		なし 令和 年 月 日から あり → 令和 年 月 日まで		令和 年 月 日装着		
⑭ 診療等に要した金額・装具等の代金		⑮ 診療または手当を受けた医療機関の名称等				
8,000 円		名称 △□病院		医師の氏名 △□ 次郎		
		所在地 △△県△×市○△町3-3				
⑯ 療養の給付を受けることができなかった理由			⑰ やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由			
ア. 治療用装具の装着 / 小児治療用眼鏡等の購入 イ. 他制度で受診(国保・協会けんぽ・その他) → ウ. 自費で受診 →			外出中で健康保険証を携帯していなかった			
委任状						
⑱ この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。						
被保険者の 住所 氏名 住所 代理人の 会社名 氏名						
⑲ 振込銀行						
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
(フリガナ) シカク		預金種目		普通 当座 口座番号		
□ □		銀行		7 6 5 4 3 2 1		
(フリガナ) サンカク		口座名義		(フリガナ) サンギョウ ケンイチ		
△ △		支店		産業 健一		

被保険者証の記号番号に代えてマイナナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
(マイナナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【添付書類等】

- 治療用装具の場合
・領収書(原本)、医師の意見(同意)書
- 小児治療用眼鏡等の場合
・領収書(原本)、医師の治療用眼鏡等の作成指示書
- 立替払の場合
・領収書(原本)、診療報酬明細書(原本)

※ 上記1.2の申請の場合は、裏面の「診療報酬明細書」は不要です

ウラへ
結果

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している

診療報酬明細書

患者氏名 (生年月日)	傷病名	診療期間	診療実日数
(昭・平・令 年 月 日生)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日

診療料	診療の内訳	薬名、用量等の明細	
初診	回	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> 医療機関に記入を依頼してください 医療機関または各保険者から発行される診療報酬明細書でも可 </div>	
再診	× 回		
外来管理加算	× 回		
時間外	× 回		
休日	× 回		
深夜	× 回		
指導			
在宅	往診 回		
投薬料	内服薬剤		単回
	内服調剤		× 回
	外用薬剤		単回
	外用調剤		× 回
	調剤処方		× 回
注射料	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他	回	
処置術		回	
	薬剤	回	
検査	レントゲン	回	
	薬剤	回	
その他	薬剤	回	
入院料	入院年月日 年 月 日		
	入院料	× 日	
		× 日	
		× 日	
	入院医学管理料	× 日	
	× 日		
	× 日		
	特入・その他		
療養に要した費用の合計		点 円	

※立替払での申請の際、この用紙へ直接記入することに代えて、診療報酬明細書の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名が表示されている必要があります。

上記のとおり施術を行いました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

連絡先の電話番号

()