

Ⅲ治療用装具 健康保険 本人・家族療養費 一部負担還元金 支給申請書



(訂正する場合は申請者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。申請者以外の方による訂正は認められません)

| | | | | | |
|-----------|---|-------------------------------|----|--------------------------------|----------------------------------|
| 被保険者(申請者) | ① 被保険者等 記号・番号 <small>※当組合の記号・番号</small> | 記号 | 番号 | ② 被保険者 (申請者)の名 氏 生年月日 | (フリガナ) 昭・平・令 年 月 日 |
| | ③ 被保険者 (申請者)の 現住所 | 〒 | | | 日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - - |
| | ④ 事業所名称 | ※本人(被保険者)が勤務している事業所名称をご記入ください | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|---------------------|--|
| 申請内容 | ⑤ 装具の作成対象 の方の氏名 | ⑥ 装具の作成対象 の方の生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | ⑦ 被保険者 との続柄 <small>(本人・妻等)</small> |
| | ⑧ 診療区分 <small>※該当区分に○</small> | 外来・外来と調剤・入院 | ⑨ 診療内容 | <small>(足底装具の装着等)</small> |
| | ⑩ 装具の 費用の額 | 円 | ⑪ 傷病名 | |
| | ⑫ 装具等装着指示日 (*) (医師の指示日) | 令和 年 月 日 | ⑬ 装具等購入日 (領収年月日) | 令和 年 月 日 |
| | ⑭ 診療を受けた 医療機関名 | <small>(○整形外科クリニック等)</small> | | |
| ⑮ 申請理由 <small>※該当番号に○</small> | 1. 治療用装具を購入し装着したため 2. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したため 3. 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため | | | |

| | | | | |
|---------|--|---|--|---|
| 疾病・負傷原因 | ⑯ 原因 <small>※該当番号に○</small> | 1. 病気 2. 外傷(自損・交通事故・暴行・傷害) 3. その他() | | |
| | ⑰ 発病・負傷年月日 | 令和 年 月 日 (ケガのとき: 午前・午後 時頃に負傷)・病気等で発病年月日が不詳 | | |
| | ⑱ 「2.外傷」に 該当する方は 具体的な状況 と図を記入 | 負傷場所(どこで) <small>(例 自宅/ 学校/ 公園/ サッカー場で等)</small> | 負傷した状況 <small>(例 自宅階段から転倒し負傷/ サッカーの練習中に負傷等)</small> | 第三者行為の確認 <input type="checkbox"/> 相手がいない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1 |

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「申請の手引き」をご確認ください。

※2 工作中、通勤・退勤途中の原因による病気やケガは労災保険給付の対象となるため当組合へ申請することはできません。勤務先へお問合せ下さい。

| | | | | |
|------|--|--|------------|--|
| 添付書類 | ⑲ 添付書類を忘れず に同封ください <small>※用意したら印を記入</small> | ⑮申請理由「1、2」 の方 <input type="checkbox"/> 治療用装具の領収書・明細書(原本) <input type="checkbox"/> 申請の手引きに記載のある装具ごとの添付書類 (医師の証明書(原本)など) | ⑮申請理由「3」の方 | <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 医師の作成指示書のコピー <input type="checkbox"/> 眼鏡の処方箋のコピー |
|------|--|--|------------|--|

※添付書類に関する詳細は「申請の手引き」をご確認ください。

| | | |
|--|--|--|
| 給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください | | |
| <input type="checkbox"/> 会社振込 <small>勤務先の「給付金専用口座」 への振込を希望します。</small> | <input type="checkbox"/> 公金受取口座 <small>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。</small> | <input type="checkbox"/> 個人(申請者)口座 <small>被保険者(申請者)の「個人口座」 への振込を希望します。</small> |

被保険者等記号・番号を記入せずにマイナンバーにより申請する方は下欄へ記入し、個人番号および本人確認書類を添付してください。

個人(申請者)口座を選択した方のみ下記を記入

| | | | |
|--------|--|--|---------------|
| 支払金融機関 | 銀行・農協 信金・信組 | 本店 支店 | 預金種別 普通・当座 |
| | 金融機関コード | 店番号 <small>(ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)</small> | |
| | 口座番号 <small>(ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)</small> | フリガナ | |
| | | 口座名義 | |

(2026年5月)
受付日付印

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | |
|-----------------------|--|