Ⅲ 治療用装具 健康保険 本人・家族 **療養費** 一部負担還元金 家族療養費付加金 支給 **記入例**

（訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません）

被保険者（請求者）	① 被保険者等記号・番号	記号 番号 ×××－234	② 被保険者（請求者）の氏名・生年月日	（フリガナ） ジョウホウ タロウ 情報 太郎 (昭)・平・令 ××年 ××月 ××日
	③ 被保険者（請求者）の現住所	〒 ×××－×××× 千代田区〇〇〇3－3－303	日中連絡のとれる電話番号	自宅 ××－××××－×××× 携帯 ×××－××××－××××
	④ 事業所名称	㈱〇〇〇		

療養費の申請内容	⑤ 治療用装具の作成対象の方	氏名	情報 一郎	生年月日	昭・(平)・令 ××年 ××月 ××日
		被保険者との続柄	長男 性別 (男)・女	⑥ 診療区分 ※該当に○	入院・(外来)・外来と調剤
	⑦ 傷病名	左アキレス腱断裂		⑧ 診療の内容	(例 足底装具の装着 等) 装具の装着
	⑨ 診療を受けた医療機関等の名称	〇〇病院		⑩ 医師から装具装着の指示を受けた日	令和 ×年 ××月 ××日
	⑪ 装具を装着した日	令和 ×年 ××月 ××日		⑫ 治療用装具の費用	××,××× 円
	⑬ 療養費を支給申請する理由 ※該当番号に○	(1) 治療用装具を購入し装着したため 2．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 3．四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			

疾病・負傷の原因	⑭ 原因 ※該当番号に○	1．病気 (2) 怪我 （(自損)・交通事故・暴行、傷害） 3．その他（ ）			
	⑮ 発病・負傷年月日	平・(令) ×年 ××月 ××日（怪我のとき:(午前)・午後 ××時頃に負傷）・病気等で発病年月日が不詳			
	⑯ 「2.怪我」に該当する方は具体的な状況と☑を記入	負傷場所（どこで）	(例 自宅で/ 学校で/ 公園で/ サッカー場で 等) 学校で		
		負傷した状況	(例 自宅階段から転倒し負傷/ サッカーの練習中に負傷 等) サッカーの部活中に単独で転倒し負傷		
		第三者行為の確認	☑ 相手がいない ☐ 相手がいる ※1	労災の確認	☑ 私用 ☐ 通勤中・業務中 ※2

※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「注意事項」をご確認ください。
スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がいない」を選択してください。

※2 **通勤（退勤）中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。**

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**	
☑	**会社振込** 私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
☐	**個人(請求者)口座** 被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)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 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)		フリガナ 口座名義	

☐	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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印