健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(治療用装具等)

	①被保険者証	0 - 1,11						
被	の 記号と番号	0 - 0000000 (申請者)の 氏 名 丸井 太郎 0000年00 ^{月00日}						
	④被保険者の	= 000 - 0000						
	住 所	東京都○○己○○ ○-○-○ Tel 000 (0000)0000						
	⑤事業所の 名 称	※保険証の事業所名を記入						
	⑥受診者が被	氏 生年月日 2000年00月00日 2015年						
	扶養者の場合	名 丸井 名子 生年月日 0000 年 00 月 00 日 との続柄 妻						
	⑦傷 病 名	医師の診断名 ⑧第三者行為に よるものですか 「はい」の場合は健保へ連絡してくださいか						
	⑨発病または	(いつ) (原因及び経過)						
保険	負傷の原因	_{年 日 日} (どこで何をして負傷した等)						
者	及びその経過	0000年 00月 00日 (ここで何をして負傷した等) できるだけ詳しく記入してください。						
が	⑩診療を受けた	名称 ○○病院 診療を担当した医師名 ○○○○						
記	医療機関	所在地 東京都○○己○○ ○-○-○						
入する	⑪初めて受診した日(初診日)	0000 年 00月 00日 迎装具作成が 決まった日 0000 年 00月 00日						
ا کا		主治医からどのような目的の装具だと説明を受けられましたか?(複数回答可)						
とこ	⑬装具の目的	□患部の支持・矯正・固定・免荷 □痛みや症状の緩和(除痛) □リハビリ時に必要						
ろ		□再発防止・予防 □運動時(スポーツ)に必要 □受けていない □その他()						
	⑭装具の決定	装具は、誰の指示・意志で決められましたか?						
		□ 主治医の指示 で決めた □ 自分で決めた・医師に作成依頼 した □ 装具会社の言われるとおり に決めた						
		□装具会社の勧めで決めた □その他(
		装具のサイズ合わせは、どのように行いましたか?						
	⑤装具の作成	□ギプスを巻き、石膏で型を取ったり、足型版を踏み込んだりした □メジャーで細かく測った						
		□既製品装具をS/M/Lのサイズから選ぶため、メジャーで測定した						
		□その他()						
	16受診頻度	装具装着後の受診頻度について、医師からはどのような指示を受けましたか?						
		□週1回 □月1回 □その他()						
	<u>I</u>	<u> </u>						
_	(17)	また。 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・						
	(m)	(銀行)信組 (本庫: 農協 (東京) (東京) (東京) (東京) (東京) (東京) (東京) (東京)						

振込口座	(f)	銀行 信組 金庫・農協	(0 0	支店 出張所	
	預金種別	口座番号	フリカ゛ナ	マルイ	タロウ	
	☑普通 □当座	0000000	口座名義	丸井	太郎	
	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する(利用しない場合は上の欄を記入)					
	注)口座情報の反映は登録から数日を要します。受取代理人指定の場合は公金受取口座は利用できません					

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へご記入ください。(マイナンバー記載の場合は、個人番号、本人確認の添付書類が必要です)

●給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、下欄に記入してください。

117	⑱本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
受取	被保険者	住所		
代	(請求者)	氏名		
理人	代理人	住所		
の ###		氏名		
欄	※委任者と代理人の関係()	

受付日付印

被保険者記載欄

19保険給付に関する照会の同意

丸井健康保険組合 理事長殿

私は、丸井健康保険組合が療養費の支給に関して関係諸機関に照会することに同意いたします。なお、本書の写しも有効といたします。

氏名 丸井 太郎

<u>記入日 0000年 00月 00日</u>

作成された治療用装具の写真を貼付してください

(装具の正面、側面、サイズ表示、ロゴ等あればその箇所の写真)				

添付書類	治療用装具	治療用眼鏡
	①医師の意見書または同意書(原本)	①弱視等治療用眼鏡等
	②治療用装具の領収書(原本)および	作成指示書
	領収書の内訳が分かるもの	②領収書(原本)
	③装具の写真(2~3方向から全体がわかるように撮影)	