

**被保険者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書**

被 保 険 者 証	記号		被保険者の氏名						
	番号		及び生年月日		昭和 平成	年	月	日	
被保険者の住所	〒 -				TEL :				
事業所の名称及び所属									
被保険者の個人番号（マイナンバー） （記号番号を記入した場合は 記入不要 です。）									
傷 病 名				発病又は 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	
発病又は負傷の原因									
傷 病 の 経 過									
診療又は手当を受けた医師、歯科医院その他の住所、氏名									
診療又は手当の内容									
診療又は手当の期間	自	令和	年	月	日	日間	費用の額		
至	令和	年	月	日					
療養の給付を受けられなかった事由									
傷病が第三者の行為によるときはその事実並びに第三者の住所、氏名（不明のときはその旨）									
申請者が被扶養者に関する時はその者の氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続 柄		
<p>上記給付金の振込みを事業主に委任します。</p> <p>※任意継続被保険者の方は下記ご指定の口座に振込み致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名</p> <p>〇 K K 健康保険組合理事長 殿</p>									

振込口座 _____ 銀行 _____ 支店 普通 No. _____

/ 受理日付印 \

「治療用装具」の写真添付について

治療用の**靴型装具**の費用を申請する場合は、
『装具の画像』を添付してください！！

領収書と実際に作成された装具が同一かを確認することを目的に、2018年4月1日以降に購入された靴型治療用装具を申請するときは「装具の画像」の添付を**必要書類**とし、給付の適正化をはかります。

★申請に必要なもの

- ①療養費支給申請書
- ②領収書（作成した治療用装具の内訳が分かるもの）原本
- ③医師の意見書・作成指示書など 原本
- ④装具装着証明書 ※③の中に一緒に記載証明されている場合あり
- ⑤作成した装具の画像 ※画像はカラー印刷し、「治療用装具画像貼付台紙」に貼り付け願います。

療養費の対象となる治療用装具とは？？？

- 医師の指示にもとづいて作成されたものである
- 治療のために必要不可欠なものである
- 患者の体に合わせて作られたオーダーメイド品である

撮影方法について

- 作成された装具すべてに対し、下記の方向および箇所について撮影してください。

- ① 正面
- ② 側面（左右どちらか一方）
- ③ ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等

③ロゴ・サイズ・
品番・メーカー
表記など



※内容について不明な場合は、作成された装具会社にお問合せください。

<提出方法>

- 撮影した画像を印刷し、療養費支給申請書に添付して提出してください。

★ご不明な点がございましたら、健康保険組合までお問合せください。

T E L : 072-771-0803 (内線 228)

靴型装具 画像貼付台紙

* 画像が多い場合には、複数枚後提出いただいても結構です。

* 必ず購入された全ての装具について撮影してください。（同じものを複数購入された場合も同様）

被保険者証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名	続柄

【全体・正面から撮影した画像】

貼付

【側面（左右どちらか一方から撮影した画像）】

貼付

【ロゴ・サイズ・品番・メーカー表示などの画像】

貼付

<注意>

ロゴ・サイズ・品番・メーカー表示について、見当たらない場合には、取扱い説明書や製品箱の表記画像を添付してください。