

申請書は全**2**ページです。
以下の添付書類と合わせて提出してください。
印刷設定(両面・片面)の指定はありません。

- 申請書① → 申請者の情報など……申請者(被保険者)が記入
申請書② → 申請内容……申請者(被保険者)が記入

【添付書類】

【立替払の場合】

- ①領収書(原本)
- ②状況に応じて必要となるもの
 - 医療費を自費で支払ったとき……「診療明細書」(原本)
 - 医療費の返還を行ったとき……「診療報酬明細書」(原本)
 - 生血液を輸血したとき……「輸血証明書」(原本)
 - 入院時食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
……「被保険者の非課税証明書」(原本)
(必要年度については随時ご確認ください)
 - 臍帯血を搬送した場合……「医師または歯科医師の意見書」(原本)
「搬送費用の明細書(内訳書)」

【治療用装具・小児弱視等の治療用眼鏡の場合】

- ①医師の「治療用装具製作指示装着証明書」(原本)
弾性着衣の場合は「弾性着衣等装着指示書」(原本)、小児小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は「眼鏡等作成指示書」を添付してください。
 - ②領収書(原本)
※明細書(内訳書)が別途交付されているときは、必ず添付してください。
-
- ③靴型装具を装着した場合は現物の写真
靴型装具の写真を上・横・下からの3か所撮影してください。

療養費 支給申請書 (立替払) (治療用装具) の支給要件等について

やむを得ない事情で医療費を全額自己負担した場合や、医師の指示により、治療用装具（コルセット・弾性着衣など）や9歳未満の小児が弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入したときなどに、支給を受けることができます。

【支給要件について】

立替払 → ○医療機関に健康保険証を提示できず医療費の全額を支払ったとき
○輸血（生血）の血液代
○臍帯血等を搬送したとき

治療用装具（コルセット・弾性着衣・9歳未満の小児弱視治療用眼鏡 等）

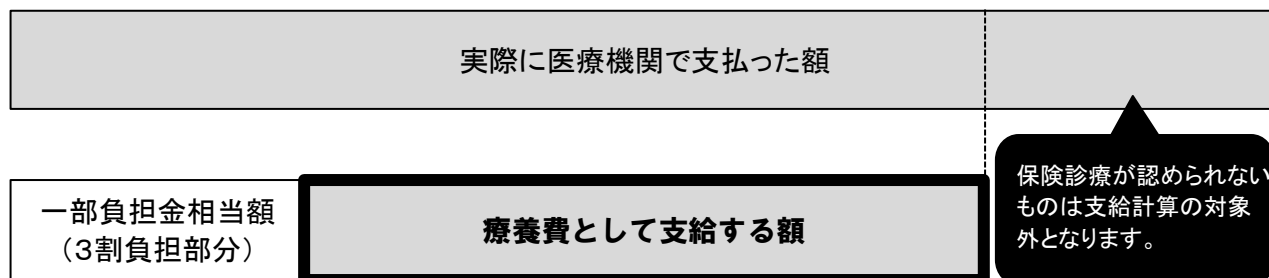
- ○治療上必要不可欠な範囲のもの
○厚生労働省の定めた方法により、オーダーメイドで作成されたもの
○保険診療の範囲内では対処できないもの
○症状固定前のもの

※治療用装具は、国の基準によって耐用年数や価格が決められています。

※耐用年数内での同一装具の製作は、支給の対象とはなりません。装具が破損や故障をした場合は、修理や調整をして使用してください。（修理や調整の費用を申請することは可能です。）

【支給額について】

申請書に添付された領収書等により各基準に基づき計算した額から、一部負担相当額（3割負担部分）を差し引いた額が療養費として支給されます。



健康保険 療養費 支給申請書

(立替払)
(治療用装具)

①

申請者(被保険者)
記入

被保険者(申請者)情報	記号・番号	—	生年月日		
			昭和 平成	年	月 日
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 —)	都道 府県		
電話番号	勤務先	—	—	日中(平日)に連絡がつく電話番号を記入してください。	
		携帯・自宅等	—	—	

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
		金融機関コード	支店コード
	預金種別 (該当に○)	普通 当座	口座番号 (左づめ)
口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分 (該当に○)	被保険者(申請者) 代理人

代理人の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	委任者 (被保険者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 —)	TEL ()	委任者と代理人との関係	
	住所	(フリガナ)			
		氏名			

2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 療養費 支給申請書

(立替払)
(治療用装具)

②

申請者(被保険者)
記入

被保険者氏名

申請内容(該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください)	1 受診された方	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	2 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 5. その他 (理由)				
	3 傷病名		4 発病または負傷年月日	平成 令和	年 月 日	
	5 傷病の原因および経過(詳しく)	傷病の原因	病気 ケガ 【いつ】 年 月 日 時頃 【どこで】 【何をしていて】	傷病の経過		
	6 診療を受けた医療機関等	名称	所在地	診療した医師等の氏名		
		名称	所在地	診療した医師等の氏名		
	7 診療を受けた期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日数	日
	入院の場合は入院期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日数	日
	8 療養に要した費用の額	円				
	9 診療の内容					
10 装着等の装着指示日	令和 年 月 日	11 装具装着日	令和 年 月 日			