

届出種別
給 5-2

健康保険 被保険者療養費支給申請書(治療用装具)

申請者情報	①被保険者証 記号 123 番号 456789	②被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	③生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日	
	④被保険者(申請者)の 現住所・連絡先 〒123-4567 東京都○区○○1-2-3	TEL 03-1234-5678		
傷病について	⑤事業所名 株式会社○○	家族の氏名 生年月日 被保険者との続柄		
	⑥家族の方の申請をされる ときは 健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	△年 △月 △日	妻
傷病について	⑦傷病名 右足首骨折	⑧発病または負傷の 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	○年 ○月 ○日 △時頃
	⑨発病または負傷の原因	1.外傷性のけが(骨折、打撲等)ですか <input checked="" type="checkbox"/> はい→(2~4に回答してください) <input type="checkbox"/> いいえ→(以下の回答は不要です) 2.けがをした状況は次のどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 出勤日(勤務時間内) <input type="checkbox"/> 出勤日(勤務時間外) <input type="checkbox"/> 通勤途中(出勤) <input type="checkbox"/> 通勤途中(退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他( ) 3.けがをした場所は次のどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 道路 <input type="checkbox"/> その他( ) 4.けがをした原因は次のうちどれに該当しますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> スポーツ <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし		
	⑩負傷(けが)は第三者 行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ●「はい」の場合、「第三者の行為による災害届」をこの書類に添付してください		
	⑪診療を受けた医療機関	名称 ○○医院 所在地 東京都○区△△3-2-1 医師等の氏名 日本 次郎	⑬治療の内容 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 治療用眼鏡 <input type="checkbox"/> 弾性着衣	
⑫装具購入日 (領収書の日付)	令和 ○年 ○月 ○日			

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

委任状の欄	⑮ (事業主) 本申請に基づく保険給付金に関する受領を 株式会社○○ に委任します
	安田日本興亜健康保険組合 御中 令和 ○年 ○月 ○日
	被保険者(申請者)の氏名 健保 太郎

※退職後資格喪失された方は、必ずこの欄へ記入してください。

◇ 任意継続被保険者の方は、当組合に登録済みの「給付金振込先」に振り込むため記入不要です。

振込金融機関	⑯ <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 出張所	銀行コード	
		支店コード	
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	フリガナ
			口座名義

受付日付印

※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。

※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

★提出先 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2 東京サンケイビル17階  
安田日本興亜健康保険組合 給付グループ宛

## <注意事項>

◎記入事項を訂正した場合、その箇所に二重線を引き、サイン(もしくは訂正印)をしてください。

◎在籍者(お勤めの方)は、必ず⑮委任状の欄へ記入してください。

◎在籍者(お勤めの方)以外の方は、必ず⑯振込金融機関の欄へ記入してください。

## <添付書類>

### ◎治療用装具(コルセット等)を装着した場合

- ・支払った代金の領収書(原本)
- ・装着した装具の内訳
- ・「治療上、その装具の装着を必要と認めた医師の意見書」及び「その装具を装着したことの証明書」
- ・正面、外側または内側、サイズ等を撮影した写真(靴型装具の申請の場合のみ)

※足(靴)底ソールの場合は写真の添付は不要です。

撮影した写真は、必ず「靴型治療用装具 写真貼付台紙」に貼って提出してください。

### ◎小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入した場合

- ・支払った代金の領収書(原本)
- ・保険医の「眼鏡等作成指示書」写し
- ・視力等の検査結果の写し

#### <小児弱視に係る治療眼鏡の再作成の支給基準について>

- ・対象年齢・・・9歳未満の小児
- ・5歳未満・・・前回購入(領収書の日付)から1年以上経過していること
- ・5歳以上・・・前回購入(領収書の日付)から2年以上経過していること

※新たに上記の添付書類(3点)も必要になります。

### ◎弾性着衣等を購入した場合

- ・支払った代金の領収書(原本)
- ・弾性着衣の名称、種類及び単価・購入枚数が記載された明細書
- ・医療機関が発行した「弾性着衣等作成指示書」