届出種別	
給	5-2

健康保険 □被保険者 ☑家族 療養費支給申請書（治療用装具）

申請者情報	①被保険者等（資格確認書等又は保険証を参照）		②被保険者（申請者）の氏名	③生年月日
	記号 123	番号 456789	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎	□昭和 ☑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	
	⑤事業所名	株式会社○○		
	⑥家族の方の申請をされるときは	家族の氏名	生年月日	被保険者との続柄
		健保 花子	□昭和 ☑平成 △年 △月 △日 □令和	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	□平成 ☑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 ☑はい→（2～4に回答してください） □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 □出勤日（勤務時間内） □出勤日（勤務時間外） □通勤途中（出勤） □通勤途中（退勤） □出張中 ☑休日（定休日・有給休暇を含む） □その他（ ） 3.けがをした場所は次のどれに該当しますか □会社内 ☑自宅 □道路 □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 □交通事故 □暴力 □スポーツ ☑該当なし		
	⑩負傷（けが）は第三者行為によるものですか	□はい ☑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	
	⑫装具購入日（領収書の日付）	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	⑬治療の内容	☑治療用装具 □治療用眼鏡 □弾性着衣
				⑭装具購入に要した費用 ▲▲▲▲円

※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。

受付日付印

振込金融機関	⑯ □銀行 □信用金庫 □信用組合	□本店 □支店 □出張所	銀行コード	
			支店コード	
	□普通預金 □当座預金	口座番号	フリガナ	
			口座名義	

※被保険者等の記号・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。
※被保険者等の記号・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」