

健康保険

被保険者
家 族

療養費支給申請書【治療用装具】

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|---------|----|
| 被保険者証の 記号・番号 | | 事業所の名称 | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | 被保険者 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | |
| 申請者が家族 に関するとき | 氏 名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 | | |
| 傷 病 名 | | 発病または負傷年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | |
| 発病の原因 及び経過 | <input type="checkbox"/> 病気 { 原因・経過 <input type="checkbox"/> ケガ⇒※別紙「負傷原因届」を添付してください。 } | | | | |
| 診療又は手当を 受けた医師の 住所・氏名 | 住所 | 医療機関名称 | 医師等の氏名 | | |
| | 住所 | 医療機関名称 | 医師等の氏名 | | |
| 診療を受けた期間 | 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 | 左記の期間に入院していた場合 | 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 | | |
| 療養の給付を受け ることができ なかった理由 | 治療用装具（ ）を作製したため | 装具等の装着について 指示を受けた日と 治療用装具の金額 | 平成 令和 年 月 日 円 | | |
| 診療担当医から受 けた装具を装着す る目的等について | 治療用装具を作製する目的 | 作製した装具の形状 | <input type="checkbox"/> 既製品（SMLの規格品） <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 同 意 欄 | 保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関（海外を含む）等に健康保険組合が文書等により当該申請内容について照会することに同意します。 被保険者氏名 | | | | |
| (フリガナ) 払渡し希望 銀行の口座 | 銀 行 信用金庫 | 預 金 の 種 類 普通 当座 貯蓄 | 店番 | 口座名義人氏名 | |
| | 本 店 支 店 | | 口座 番号 | フリガナ | 氏名 |

| | | |
|---------------------------------|----------------|---|
| 受 領 代 理 人 の 欄 | 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 |
| | 代理人 (口座名義人) | (〒 -) TEL () 住所 フリガナ 氏名 |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者（申請者） 〒 -

住所.....

氏名.....

TEL.....(.....)

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

被保険者のマイナンバー記載欄

- (注) 1 申請に必要なとする添付書類 【傷病の治療のため治療用装具が必要と認めた医師の証明書】及び【領収書（原本）】
2 傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください
3 作製した装具によっては、「装具作製確認書」や「写真」が必要となる場合があります。

送付・お問い合わせ先・愛知県医療健康保険組合

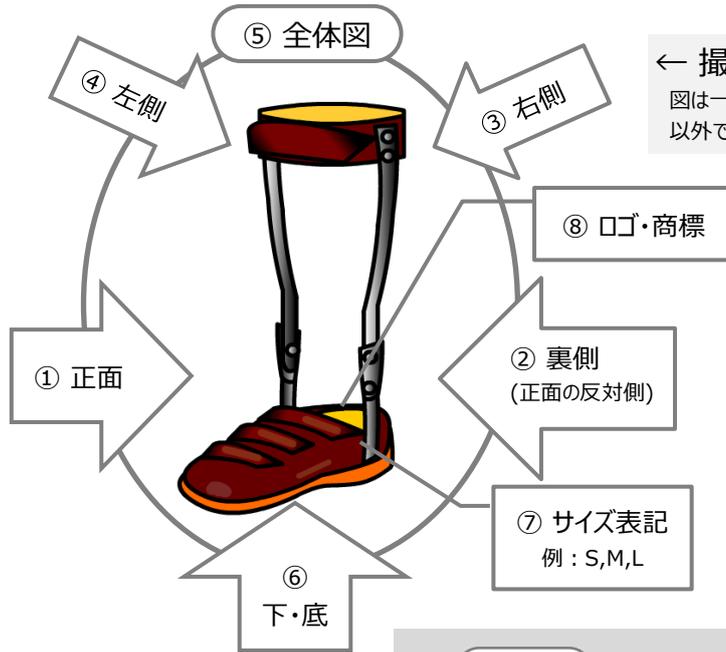
〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号 TEL 052-269-3203

【R3.4.1】

(1) 撮影方法について

▶ 切り取り線以下の「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」とともに、下記の方向 及び 箇所について撮影して下さい。

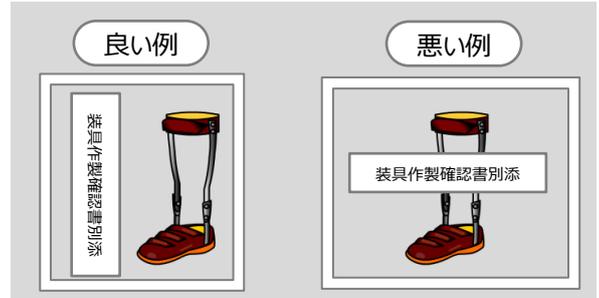
- ① 正面
- ② 裏側（正面の反対側）
- ③ 右側
- ④ 左側
- ⑤ 全体図
- ⑥ 下・底
- ⑦ サイズ表記（ある場合）
- ⑧ ロゴ・商標等（ある場合）
- ⑨ 取り扱い説明書・製品箱（ある場合）



← 撮影方法の例
図は一例です。足の装具や靴型装具以外でも同じように撮影して下さい。

【ご注意】

「装具作製確認書 別添 作製した装具の写真」が治療用装具を隠すことがないように撮影して下さい。



(2) 撮影した写真を、下記いずれかの方法で健康保険組合までご提出ください。

(ア) 撮影した写真を現像し、健康保険組合まで提出

宛先：〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号
愛知県医療健康保険組合 業務課 宛

(イ) 撮影した写真の画像データを、健康保険組合までメールで送信

送信先メールアドレス：aichi_iry@aiichi-kenpo.or.jp

【R1.5.1】

装具作製確認書 別添 作製した装具の写真

| | | |
|--|-------------------|----------|
| (1) 記号—番号 | (2) 被保険者名 | (3) 受診者名 |
| — | | |
| (4) 療養費支給申請書に添付の「意見書 及び 装具装着証明書」に記載の事項 | | |
| ① 作製した治療用装具名 | ② 装具を作製することが決まった日 | 平令 年 月 日 |
| | ③ 装具を装着した日 | 平令 年 月 日 |