

健康保険 被保険者
家族 療養費支給申請書
(治療用装具)

常務理事	事務長	担当者	事業所担当者

記入例

支給決定印

記入方法については、記入例をご確認ください。

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者証の	記号 92	番号 123456	生年月日 昭和 平成 00 05 05
	氏名・印	ふりがな あじの たろう 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。 味野 太郎 (印)	個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	
	住所	〒 105-0000 東京 都 府 港 市 区 郡 00 1-1 00マンション101	電話 03-xxxx-xxxx	

申 請 内 容	①受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
	①-1 被扶養者の場合 は、その方の	氏名 味野 素雄	生年月日 昭和 平成 令和 00 01 25	続柄 子	
	②傷病名	内反足		③発病または 負傷年月日 平成 令和 00 06 20	
	④発病の原因 および経過	①. 病気 (原因および経過) ②. ケガ 不詳(先天性) ※ケガの場合は、「負傷原因届」を併せてご提出ください。			
	⑤診療を受けた 病院等の	名称 〇×整形外科医院	所在地 東京都〇〇区〇〇	診療した医師の氏名 〇〇 〇〇	
	⑥診療の期間(支給期間)	入院・入院外の別	⑥-1入院の場合、左記の入院期間	日数	⑦装具等の装着の指示を受けた日
	自 平成 令和 00 06 20	①. 入院外	自 平成 令和 00 06 20	1	平成 令和 00 07 15
	至 平成 令和 00 06 20	2. 入院	至 平成 令和 00 06 20	日	
	⑧診療に要した費用の額	⑨診療の内容		⑩療養費の支給申請の理由	
	90,000 円	装具の装着		治療用装具を作成したため	
※下記の書類は靴型装具(インソールを含む)を作成された方のみ添付してください。					
現物の写真(「写真貼付台紙(K-1b-1)」に貼付)		現物の写真をメールで送信いただく方		メール送信日: 令和 〇〇 年 7月 18日	

添付書類につきましては、裏面に記載してあります。

支給印

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(印)

■ 添付書類について

◆ 治療用装具の場合(コルセット等)

①医師の『意見および装具装着証明書』(K-1-6)

原本を添付

- 医療機関等が発行した『意見および装具装着証明書』医療機関等の書式でも可。
但し、装具作成指示日および装着日が記載されていること。

②領収書

装具の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付

③写真貼付台紙(K-1b-1)／靴型装具のみ

平成30年4月1日以降に「靴型装具」を購入した場合、当該写真を貼付して提出、または画像データをメールで送信してください。

送信先メールアドレス：uketsuke_kp@ajinomoto.com
(右のQRコードからも送信可能です。)

※提出の際は、次の事項を必ず入力してください。

件名：「治療用装具の写真について」

- (1)被保険者証の記号－番号
- (2)被保険者名
- (3)受診者名



◆ 弾性着衣等の場合

①医師の『弾性着衣等装着指示書』(K-1-7)

原本を添付

- 医療機関等が発行した『弾性着衣等装着指示書』医療機関等の書式でも可。

②領収書

装具の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付

◆ 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合

①医師の『小児弱視等の治療用眼鏡等作成指示書』(K-1-8)

- 医療機関等が発行した『治療用眼鏡等作成指示書』医療機関等の書式でも可。

②領収書

眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付

③検査書(小児弱視等の治療用眼鏡等の場合)

「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果の写しを添付

※他制度へ申請する場合に必要な書類(領収書等)は、コピーでご対応願います。

※添付いただいた書類は、返却いたしません。

ケガ(負傷)による申請の場合	「負傷原因届」(K-1-9)
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」
被保険者が亡くなり、相続人の方が請求する場合	「健康保険給付金遺族支給申請書」(K-13)

※証明書等が外国語で記載されている場合は、**翻訳文を添付**してください。

(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

療養費(治療用装具)の支給要件等

■ 支給対象となる治療用装具

- ①医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼、弾性着衣などの治療のため必要な装具を購入、装着した場合(治療用装具代を全額負担)
- ②9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入した場合(眼鏡代等を全額負担)

■ 支給額

当健保が健康保険の基準で計算した額(実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額)から、その額に一部負担金を乗じた額を差し引いた額が療養費として支給されます。

■ 支給日

毎月20日締め切り、翌月25日支払い(在職中は給与に合わせて支給)