健保記入欄	資格取得日	資格喪失日	対象年月	本家	区分	標準報酬月額	給付割合	受付整理No.
	昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月分	本人 家族	入院 外来	千円	割	
	決済年月日	支給予定日						
	令和　年　月　日	令和　年　月　日	新規　・　補修 再作成 前回 平・令　年　月		支給額合計	円		受付年月日
	常務理事	事務長	係員	係員	高額・付加給付　有　・　無			
					高額療養費	円		
					付加給付金	円		

被保険者
家　族

健康保険 療養費支給申請書 【治療用装具】

被保険者（本人）が記入するところ

※ 健康保険証等の記号・番号	―		会社箇所名 勤務先電話	―　―
被保険者氏名	（フリガナ）		生年月日	昭和・平成　年　月　日
申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	（フリガナ）		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日　続柄
傷病名			療養の給付を受けることができなかった理由 1　保険医療機関以外の業者に装具作成を依頼したため 2　その他（　　）	
発病（負傷）の原因	いつ	令和　年　月　日　午前・午後　時頃	業務によるものですか？ はい　・　いいえ	
	どこで		他人による行為によるものですか？ はい　・　いいえ	
	何をしていて			
療養を受けた医療機関等	名称			
	所在地			
医師による治療用装具の作成指示日	令和　年　月　日		治療用装具の装着日	令和　年　月　日
治療用装具の名称			入院していた期間があれば、その期間	自：　年　月　日 至：　年　月　日　日間
治療用装具の作成理由			治療用装具作成費用（領収書の金額）	円
補修・再作成による申請の場合はその理由	補修・再作成　（理由）			
被保険者 名義、振込先口座	銀行　支店		普通 当座	□座番号：　カタカナ□座名義：
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号：　番号：	

添付書類	
	□　医師による治療用装具作成に関する意見書（作成（装着）指示書、装着証明書、同意書）の原本
	□　治療用装具にかかる領収書（原本）
	□　傷病届（ケガによる申請の場合は添付のこと。但し既に提出済みの場合は不要：　年　月提出済み）

被保険者署名欄

近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿

上記の治療用装具作成に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

令和　年　月　日　〒　―　連絡先（携帯）TEL　―　―

住　所

被保険者の署名

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄　→

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。