

記入例

・ 医師の指示により、コルセットなどの治療用器具を作成し装着したとき

JSR健康保険組合 御中

治療用器具 輸血(生血) 被保険者(本人) 被扶養者(家族) 療養費支給申請書

係 事務長 常務理事
押印 不要

※訂正したときは必ず二重線で抹消のうえ訂正印を押印して下さい。

申請日 令和 **年**月**日

被保険者等 記号・番号	記号	**	番号	****	被保険者氏名	健保 太郎
〒****-****					電話番号	***-***-****
勤務している 事業所名称	〇〇〇(株)		所属 テレNo	〇〇チーム Y*** (A01)	連絡先 (内線)	***-****
受診者氏名	健保 花子 (被保険者との続柄: 長女)		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	**年**月**日	
傷病名	右足関節靭帯損傷		発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	**年**月**日	
発病又は負傷 の原因および 傷病の経過	※ケガの場合は、いつ、どこで、 骨折・捻挫など外傷性のケガをした場合は、どこで何をしているときに負傷したのかも、詳しく記入して下さい。不明な場合は「不明」と記入して下さい。					
診療を受けた 医療機関の	名称	〇×整形外科		所在地	〇〇県××市△△町****	
申請理由 および 添付書類 (該当にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用器具(関節用器具・コルセット・ギプス・サポーター・義足等)を装着したため → 『治療用器具製作指示装着証明書(原本)』、『領収書(原本)』、『器具写真』 <input type="checkbox"/> 小児弱視等(9歳未満)の治療用眼鏡等を作成し購入したため → 『保険医の作成指示書(写)』、『患者の検査結果(写)』、『購入時の領収書(原本)』 <input type="checkbox"/> 輸血(生血)代 → 『輸血を必要と認めた医師の証明書(原本)』、『血液代金の領収書(原本)』					
診療内容	別紙	医師から器具士への指示日を記入して下さい。			入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
診療期間 (支給期間)	令和 **年**月**日		診療に要した 費用の額	*器具代金を記入して下さい 20,000 円		
傷病が業務上 又は通勤途上 によるものであるか 否	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	傷病が第三者 の行為による ものであるか 否	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	傷病が第三者の行為 によるものとき その事実の届出を JSR健康組合へ	<input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない	
振込希望口座 (被保険者名義)	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 農協	××	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
機関コード	店番コード	種	口座番号(右ズ)	口座名義(カタカナで記入)		
****	****	<input checked="" type="checkbox"/> 当 <input type="checkbox"/> 出	****	ケンポ タロウ		

①マイナンバー、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。

任意継続の方は、記入不要です。

任意継続の方は、記入不要です。

加算価格6%を差し引かず、支払った額(領収書の額)をそのまま記入して下さい。

いずれかにチェックして下さい。

※「ある」の場合は、労災保険の給付の対象となる為、健康保険へ療養費の申請はできません。

いづれかにチェックして下さい。

被保険者名義の口座を記入して下さい。

② 業務上の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。

③ 公費または市区町村の医療費助成を受けている場合は、「受給証」等の写しを添付して下さい。

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

◎健保処理欄

<input type="checkbox"/> 補装具・本人(2012)	<input type="checkbox"/> 補装具・六歳(2014)	<input type="checkbox"/> 補装具・高一(2018)
<input type="checkbox"/> 補装具・家族(2016)	<input type="checkbox"/> 補装具・高7(2010)	
総医療費(健保適用分)	自己負担	健保負担(療養費)
円	円	円
高額療養費	付加金	
円	円	円

添付書類の見本

※証明書は以下の基準様式にてご提出ください。

治療用器具製作指示装着証明書

住 所(患者様の住所) _____
氏 名(患者様の氏名) _____
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等

疾病名 _____ 症状等 _____
(治療遂行上の必要(症状や装着目的)、修理が必要となった状況や理由等)

上記の疾病により(オーダーメイド・既製品器具/新規・修理)

(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

の装着を

令和 ____年 ____月 ____日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め
_____(義肢器具士の氏名) へ(製作・購入・修理)を指示し、
令和 ____年 ____月 ____日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考

※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
※2 製作を指示した義肢器具士と、適合調整した義肢器具士が異なる場合は、適合調整した義肢器具士の氏名を記載。
※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢器具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関所在地
医療機関名
医療機関電話番号
医師氏名

支払った日と一致しているか
確認して下さい。

領 収 書

*****年**月**日

健保 花子 殿

目	+	万	千	百	十	円
¥		2	0	0	0	0

但し

下腿支持部 皮革等 カフバンド *****

足部 皮革等 小 *****

上記金額を正に領収致しました。

***** 印 *****

器具の明細が記載されていることを確認して下さい。
既製品の場合は、基準価格の算出根拠等の詳細も記載されている必要があります。

作成した器具の写真
※コピー用紙等の普通紙に印刷して提出