

- ・ 医師の指示により、コルセットなどの治療用装具を作成し装着したとき

いずれかにチェックして下さい。

JSR健康保険組合 御中

健保組合へ提出する日を記入して下さい。

治療用装具 輸血(生血)	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	療養費支給申請書
-----------------	---	----------

※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	***-***-****

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

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	任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。 患者 花子	任意継続の方は、記入不要です。 生年月日	□平成 □令和	任意継続の方は、記入不要です。 **年**月**日	
傷病名	右足関節靱帯損傷	発病又は 負傷年月日	□昭和 □平成	**年**月**日	
発病又は負傷 の原因および 傷病の経過	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受傷したのかも、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"/> 治療用装具(関節用装具・コルセット・ギブス・サポーター・義足等)を装着するため →『治療用装具製作指示装着証明書(原本)』、『領収書(原本)』、『装具写真』 <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	医師から装具士への指示日を記入して下さい。		入院外来の別	□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	*装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 かどうか	□ある □ない	傷病が第三者 の行為による ものであるか どうか	□ある □ない	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健保組合へ □している □していない
振込希望口座	金 融 機 関 名	支 店 名			
	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協	××	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
(被保険者名義)	機関コード	店番コード	種	口座番号(右ゾメ)	口座名義(カタカナで記入)
	** *	** *	<input checked="" type="checkbox"/>	* * * * *	ケンボ タロウ

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。健康保険へ療養費の申請はできません。

いず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。

1. 業務上の事故による場合は、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。

2. 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。)

備考欄	
-----	--

◎健保処理欄

<input type="checkbox"/> 補装具・本人(2012) <input type="checkbox"/> 補装具・家族(2016)	<input type="checkbox"/> 補装具・六歳(2014) <input type="checkbox"/> 補装具・高7(2010)	<input type="checkbox"/> 補装具・高一(2018)
--	--	---------------------------------------

総医療費(健保適用分)	自己負担	健保負担(療養費)	高額療養費	付加金
円	円	円	円	円

※証明書は以下の基準様式にてご提出ください。

<p align="center">治療用装具製作指示装着証明書</p>	
住　所（患者様の住所） <hr/>	
氏　名（患者様の氏名） <hr/>	
生年月日　大正・昭和・平成・令和　　　年　月　日	
<p>疾病名及び症状等</p>	
疾病名 <hr/>	症状等 <hr/>
<small>（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）</small>	
<p>上記の疾病により（オーダーメイド・既製品装具／新規・修理）</p> <hr/>	
<small>（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）</small>	
<p>の装着を</p>	
令和　　　年　　　月　　　日 <hr/>	診察のうえ、治療遂行上の必要を認め （義肢装具士の氏名）　　　へ（製作・購入・修理）を指示し、
令和　　　年　　　月　　　日 <hr/>	に患者へ装着確認をしました。
<p>以上、証明いたします。</p>	
<p>備　考</p>	
※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装具士と、適合調整した義肢装具士が適う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。 ※３　患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装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	

領 収 書

*****年**月**日

健保 花子 殿

百	+	万	千	百	+	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。

*****~~5~~*****

*****印