

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (治療用装具)

該当する方を○で囲んでください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称 (株)リクルート・スタッフィング	会社名 (株)リクルート・スタッフィング
	被保険者の 氏名と印	健保 一郎			生年月日 1 昭和 2. 平成 49 年 1 月 16 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話	〒 141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20			日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (4567) 0000

該当する方にチェックを入れてください。

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	傷病名	被扶養者(家族)の 氏名	被扶養者(家族)の 氏名	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ	25 日	
	発病または 負傷の原因 及び経過	会社から帰宅後、自宅の階段から誤って落ちて怪我をした。			他人の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
	診療を受けた 医療機関等	名称 溝端整形外科	所在地 〒 000-0000 東京都豊島区東池袋10-10-10	診療した医師の氏名 溝端 一郎		
	診療を受けた 期間	令和 3 年 3 月 25 日から 令和 3 年 3 月 25 日まで 1 日			療養に要した 費用の額 24,000 円	
	療養費の 支給申請の 理由	該当理由に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、その他の場合は具体的に理由をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 2. その他 []				

できるだけ具体的に記入してください。

2. その他にチェックをされた場合は、その理由を記入してください。

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※とちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	三井住友 銀行	新宿 支店	0567	1 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)		

口座名義はカタカナでご記入ください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和 年 月 日
	被保険者 氏名	住所 〒	氏名	氏名	印
	代理人 (口座名義人) 氏名	住所 〒	氏名	氏名	印

またゆうちょ銀行の口座を希望される場合、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

健康保険 療養費支給申請書（治療用装具） 注意点等

記入に関する注意事項

1. 訂正の際は、間違った部分を二重線で消し、訂正印を押印してください。
 2. 被保険者の記号・番号は、保険証に記載されています。
 3. 受診者が被扶養者の場合、忘れずに申請内容欄の受診者「被扶養者(家族)の氏名」欄と「被扶養者(家族)の生年月日」欄をご記入ください。
 4. 業務災害、通勤災害に該当せず、「他人の行為によるものですか」が「はい」の場合、提出前にリクルート健保の第三者行為担当者までご連絡ください。
(電話0120-501-042 音声ガイドで「1」を選択してください)
- ※ 今回の申請は業務中、通勤中の傷病ではありませんか？
業務災害・通勤災害の場合、労災保険の給付対象となります。業務または通勤が起因している傷病の場合、申請前に状況、原因等について事業会社の労災担当、人事担当者へ報告してください。
5. 委任状欄は、給付金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。委任者と代理人それぞれの署名が必要です。(同一筆跡不可)

保険医の指示により、コルセットなどの治療用装具を購入、装着したときの添付書類

- ・ 領収書と明細書（内訳書）の原本
※医師の指示日以降の支払日のもの
- ・ 保険医の意見書（原本）
※医師が治療上装具を必要と認め、かつ装着日の確認できる証明書
- 市区町村等に領収書等を提出する必要がある方は、健保にご提出する前に書類の写しを取り保管しておいてください。

9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトを購入したときの添付書類

- 1、療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等の写し
※弱視等のための治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの
 - 2、患者の検査結果の写し（1に検査結果の記載がある場合は不要）
 - 3、治療用眼鏡等を作成、または購入した際の領収書（原本）
※領収書に関する注意点は以下の通りです。必ずご確認ください。
※対象児の名前が記入されている
※医師の作成指示日以降の支払日である
※記載金額は税込みの実際の購入金額である
フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳が記載されている
例：フレーム〇〇円、レンズ〇〇円
- 市区町村等に領収書等を提出する必要がある方は、事前に書類の写しを取り保管しておいてください。
- 【その他注意点】
給付額は、国内の健康保険で定めた治療費を基準とした金額となります。給付額の詳細はリクルート健保のホームページの”小児弱視等の治療用眼鏡を作ったとき”の「解説」シートでご確認ください。
リクルート健保→各種手続き→立て替え払いをしたとき→小児用弱視等の治療用眼鏡を作ったとき

※四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したときの申請に係る添付書類は、リクルート健保のホームページでご確認ください。

リクルート健康保険組合→各種手続き→立替払いをしたとき（申請書に添付する書類）