

Example (Therapeutic equipment)

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 家族 (立替払い等、治療用装具)

被 保 者 情 報	① 被保険者証の記号	① 1234	番号	① 12345678	② 生年月日	昭和②50年6月1日		
	③ 氏名	③ 山口 太郎		④ 押印	⑤ 事業所名称	⑤		
	⑥ 住所	(〒 -)		TEL () ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。				
受 診 者 が 家 族 (被扶養者)の場合	⑦ 氏名	⑦ 山口 一郎		⑧ 生年月日	⑧ 平成 13年9月1日		⑨ 被保険者との続柄	⑨ 長男
	⑩ 傷病名	⑩ 右足関節捻挫			⑪ 発症・負傷年月日	⑪ H 30年1月10日		
傷 病 の 因	⑫ 傷病の因	どこで	⑫ 学校で		どのように	⑫ 部活動中に相手選手と接触した際転倒し受傷		
	⑬ 第三者の行為によるものですか	→ ⑬ はい・いいえ		⑭ 業務によるものですか	→ ⑭ はい・いいえ			
診 療 を 受 け た 病 院 等	⑮ 名称	⑮ △△病院			⑰ 診療した医師氏名	⑰ △△△夫		
	⑯ 所在地	⑯ △△県〇〇市*****						
記 入 す る 欄								
立替払い等の申請のとき								
⑱ 保険証を提示 <input type="checkbox"/> 保険証未提示【保険証を持っていないため】(保険証未提示理由:)								
⑲ It is not necessary to fill this out in the case of application for the costs of creating therapeutic equipment/therapeutic glasses/elastic clothing, etc.								
提出書類								
<input type="checkbox"/> 保険証未提示 >> <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書原本 <input type="checkbox"/> 医療機関で支払った際の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 資格喪失後の返納 >> <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書写し※封を開けずに添付 <input type="checkbox"/> 医療費を返還した際の領収書の原本								
治療用装具・治療用眼鏡等・弾性着衣等作成費用申請のとき								
⑳ 装具購入日	㉑ 令和 1年5月3日			<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院	㉒ 領収書の金額	㉒ 14,462 円		
提出書類	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具の申請 >> <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を必要 <input checked="" type="checkbox"/> 弾性着衣の申請 >> <input checked="" type="checkbox"/> 領収書と明細書 <input checked="" type="checkbox"/> 装具の写真(下肢)							
<input type="checkbox"/> 治療用眼鏡の申請 >> <input type="checkbox"/> 保険医の作成指示								
給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない場合は、振込先銀行を指定してください。								
振込先銀行	<input type="checkbox"/> 振込先銀行 <input type="checkbox"/> 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通・当座貯蓄 <input type="checkbox"/> 口座名義 <input type="checkbox"/> (1) 漢字							
In general, payment can only be made to an account in the insured person's name. If not the account by which the insured person is paid salary/wages, then enter another bank account in the insured person's name.								
Confirm that all documents to be submitted are attached. If a leg brace has been created, paste an image of it to the separate sheet "Therapeutic Equipment: Photo Pasting Mount".								

社会保険労務士 提出代行者の印	印
--------------------	---

受付日付印

〔備考〕 ①欄に記号番号を記入する場合は、個人番号を記入する場合は、個人番号を記入してください。

If you enter the Symbol and Number in the ① field, filling in is unnecessary.

〔注意事項〕

- ④の押印は、自署の場合省略できます。
- 診療を受けたのではなく薬剤の処方だけを受けた場合は、⑮・⑯・⑰・⑱・⑲・⑳欄は、そのように読み替えて記入してください。
- ⑬傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
- 平成30年4月1日以降に購入された下肢装具を申請する際には、『装具の画像』の添付が必要となります。

- ① Health Insurance Card Symbol / Number
- ② Date Birth of Insured Person
- ③ Name of Insured Person
- ④ Seal or Signature
- ⑤ Business Entity as displayed on your Health Insurance Card
- ⑥ Address (with Zip Code) and Telephone Number of Insured Person
* Please indicate your current address and the telephone number where you can be reached during the day.
- ⑦ Name of Dependent if this is about him/her
- ⑧ Date Birth of Dependent if this is about him/her
- ⑨ Relationship with Insured Person
* If applying for a child, do not simply write “Child” as the relationship. Instead, write “Eldest son”, “Eldest daughter”, etc.
- ⑩ Name of Illness or Injury
- ⑪ Date of Illness or Injury
- ⑫ Cause of Illness or Injury (where, how)
- ⑬ Caused by a Third-party ?
Circle one Yes : はい , No : いいえ
- ⑭ Caused by work ?
Circle one Yes : はい , No : いいえ
- ⑮ Treating Hospital Name
- ⑯ Treating Hospital Address
- ⑰ Treating Doctor Name
- ⑱ Equipment purchase date
Check one
Hospitalization : 入院, Non-Hospitalization : 通院
- ⑳ Amount of Treatment Expenses