

「お知らせ」

「療養費支給申請」(海外療養費を除く)は、2024年1月から「MY HEALTH WEB」から「WEB申請」ができるようになりました
療養費支給申請書 (治療用装具)

当健保組合へご提出いただいた「領収書(原本)」等の書類は、ご返却できませんので「領収書」等の写しをお手元に保管いただきますようお願いいたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険 記号・番号	記号	番号	申請日	年	月	日
	フリガナ				被保険者 住所 連絡先 (日中連絡可能な 電話番号)	〒 (-)	
	被保険者氏名(自署)						
	被保険者生年月日	□S・□H: 年 月 日生					
	振込希望金融機関	銀行名	銀行 信用金庫		支店名	支店	
		口座番号	普通預金		口座名義	被保険者名義	
	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者					
		<input type="checkbox"/> 被扶養者⇒ 氏名: _____ 被扶養者 生年月日: □S □H □R 年 月 日生					
	第三者(加害者)行為 によって負傷したもので すか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 当健保組合へ「第三者行為による傷病届」の届出: <input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない <small>第三者(加害者)行為によるけがを健康保険で治療する場合には、健保組合へ「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。(当健保組合がその医療費について損害賠償 請求権を代位取得できるものであり、示談、免除、放棄をしていないこと)</small>					
	業務上又は通勤途中 に負傷したものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 受診者が被保険者の場合 ⇒ 会社への届出: <input type="checkbox"/> 届出している <input type="checkbox"/> 届出していない <input type="checkbox"/> いいえ 業務上又は通勤途中の病気やけがの医療費は、健康保険は使用できませんので、労災保険への申請となります。					
	傷病名				発病または 負傷年月日	年 月 日(時頃)	
	発病又は負傷 の原因および経過	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ	発病又は負傷の原因および(経過)をご記入ください。				
	治療用装具の区分	<input type="checkbox"/> コルセット・関節用装具・足底装具 <input type="checkbox"/> 四肢のリンパ浮腫治療用の弾性着衣(<input type="checkbox"/> 弾性ストッキング <input type="checkbox"/> 弾性スリーブ <input type="checkbox"/> 弾性グローブ <input type="checkbox"/> 弾性包帯) <input type="checkbox"/> 9歳未満の小児弱視等の治療用の眼鏡・コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> その他(_____)					
	診療を受けた医療機関 名・所在地と担当医名	医療機関名: 所在地:			担当医氏名:		
	治療用装具を装着し た日	年 月 日 「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。					
装具等の装着について 指示を受けた日	「装具」:装着指示を受けた日 「弾性着衣」:装着指示のあった日 「小児弱視の眼鏡等」:作成指示のあった日 年 月 日			支払金額 (領収書の金額)		円	
療養費の支給申請の 理由	治療用装具を作成したため						
<input type="checkbox"/> 本申請書に関する書類を事業主経由で提出することについて、同意しない方のみ☑							

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF:大槻事務所

CLIS・コミュニティSKY・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労働組合:各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください

※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



標準支給日は、申請書類を当健保組合で受理した日の翌週金曜日となります

網掛け部分の必要項目について、被保険者ご自身(健康保険法 施行規則 第66条)でご記入ください

時効…療養に要した費用を支払った日の翌日から2年(健康保険法 第193条)

健康保険の記号-番号に代えてマイナンバーで申請される場合には、番号欄へ記載してください。

※医師の指示により、治療のため必要な装具を購入、装着した装具が支給対象です。症状固定後の日常生活の利便性のために作成されたもの、美容目的で作成されたもの、既製品(一部除く)は、支給対象外です。

【添付書類】※詳細は別紙「記入例」をご確認ください。

- コルセット・関節用装具など:医療機関が交付した「治療用装具製作指示装着証明書(原本)」、「領収書(原本)」、領収書に装具の明細の記載がない場合「装具内容の明細書(原本)」
- 四肢のリンパ浮腫治療の弾性着衣:「弾性着衣等装着指示書(原本)」、「領収書(原本)」
- 小児弱視等の眼鏡・コンタクトレンズ:医師の「眼鏡等作成指示書(写)」、「患者検査結果(原本)」、「領収書(原本)」