

被保険者
家族
療養費請求書 (装具用)

下記のとおり請求します。なお、この金額の受領を、〇〇〇〇(株) に委任します。

被 保 者	健康保険 記号-番号	00-123456	氏名	健保 太郎		
	被保険者住所	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			TEL(000)000-0000	
入 欄	所属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			(ポストNo. A000)	
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	健保 花子	S・H・R	00年 00月 00日生	続柄 子
記 入 欄	装具等の装着につ いて指示を受けた日	令和 00年 00月 00日	入・通院の別	入院・ 通院		
	傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇		発病又は負傷 年月日	平成 令和 年 月 日	午前・ 午後 時頃
入 欄	発病又は負傷の 原因(具体的に)	(どこで) 例. 自宅で				
		(何をして) 例. 2階にあがろうとして階段を踏み外した。				
		第三者の行為(交通事故やケンカ)によるものですか。(はい・ いいえ) 「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。				
入 欄	治療用装具の金額	00,000 円		購入日	令和 00 年 00 月 00日	

【添付書類】

①領収書(原本)および領収書の内訳(見積書など)

②医師の「意見および装具装着証明書」(原本)

※添付しない場合は、本紙裏面にある「医師証明欄」に記入が必要です。

③靴型装具の申請に限り、当該装具の写真が必要です。

※現物写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)を添付ください。

※明細に、足底板・足底装具・インソールとあるものは、靴型装具ではありません。

発病・負傷原因がはっきりしない
場合は、「不明」とご記入ください。
また、不明の場合、発病又は負傷
年月日はご記入不要です。

【注意事項】

(1) 保険給付金決定通知書が必要な方へ

自己負担分について自治体の医療費助成制度(乳児医療など)に請求等、証明書が必要な場合は、療養費支給月に送付する給付金決定通知書を(WEB人事サービス 通知書より取得可)ご利用ください。

【支給については裏面参照】

(2) 弾性着衣の申請については、裏面の【リンパ浮腫治療等のための弾性着衣の申請について】を

ご確認ください。

支 給 決 定 欄	意見書証明日	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	給付対象額	円			
	支給決定額	円			

受付印

【医師証明欄】

※以下は、医師の「意見および装具装着証明書」が添付できない場合に使用してください。

医 師 証 明 欄	患者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生		
	傷病名								
	上記傷病名にて(入院・通院)加療中の患者は、治療上								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">装 具 名</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>							装 具 名	
	装 具 名								
の装着を必要と認めます。									
	令和	年	月	日	所在地	医療機関名称	印		
							医師名		
上記診断による装具を装着し、適合したことを証明します。									
	令和	年	月	日	所在地	医療機関名称	印		
							医師名		

【リンパ浮腫治療等のための弾性着衣の申請について】

※健康保険を使用して3割(または2割)負担で購入されたものは支給対象外となります。

対象疾患	四肢リンパ浮腫	慢性静脈不全による難治性潰瘍
医師の証明	「弾性着衣等装着指示書」	「弾性着衣等装着指示書」 (慢性静脈不全専用のもの)
支給回数等	装着部位ごとに2着(または2巻)を限度とします。	
	2回目以降は、前回の購入(領収日)から6か月経過していること。	1回限り (治癒後の再発は対象となります)

支給上限額(消費税込)

弾性ストッキング	28,000円(片足用:25,000円)	
弾性スリーブ	16,000円	
弾性グローブ	15,000円	
弾性包帯 ※弾性着衣等を使用 できない場合に限る	上段	7,000円
	下段	14,000円

【支給について】

毎月、月末で受け付けを締め切り、翌月事業所に支給します。(療養費請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。)事業所から給与支給と同時に、「加算金」扱いで支払われます。

【注意事項】

健康保険法で定められた法定分を健康保険組合で支給するため、領収書は原本の添付が必要です。また、ご提出いただきました添付書類は原則返却いたしませんので、医療費助成や確定申告などのお手続きをされる方は提出前に各自でコピーをお願いします。

【問合わせ先】

マツダ健康保険組合

〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号

お問合せメールアドレス:mkenpo_benefit@mazda.co.jp

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--