

常務理事	検印	担当

記入例

決定年月日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)
家 族

1 2 3 4

被保険者(申請者)
事業主 記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和 6 年 5 月 10 日

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 ■ 昭和 □ 平成	5 2 0 9 1 0
	氏名	(フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健保太郎	電話番号(日中の連絡先) ☎ 012 (345) 6789		
	住所	〒 〇〇〇 〇〇〇〇 △△県 △△市 △△町 △△番 △△号			
	<input checked="" type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主へ委任します。また、パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。(□ に✓を入れてください)				

事業主確認欄

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

事業主証明欄

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

健保受付印

健保記入欄

SEQ 本人・家族 装具購入日 入院・外来 元金額 支給決定金額

健保記入欄

被保険者は記入しないでください

「申請者記入用」は2ページに続きます。 >>>

パナソニック健康保険組合

1/4 (2024.12)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

1. 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 氏名 健保太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 2 0 9 1 0
2. 傷病名	腰椎骨折	3. 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日 0 6 0 3 1 3
4. 受診者は市町村から医療費助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	5. 支払った金額	1 5 7 2 0 円
「はい」の方は、具体的に記入してください	<input type="checkbox"/> 障がい: 障がい者等級()級、障がい名称() 対象期間: 平・令 年 月 日 ~ 【自己負担 あり・なし】 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 乳幼児【毎年更新 あり・なし】 <input type="checkbox"/> その他() 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日まで対象		
6. 発病の原因 および経過 (詳しく)	【必須】原因 および 経過を具体的に記入してください 自宅1階に降りようとしたとき、階段を踏み外して転んだ <input type="checkbox"/> 1. 病気 <input checked="" type="checkbox"/> 2. ケガ <input type="checkbox"/> 3. 不明 <input type="checkbox"/> 4. その他		
7. 装具作成の目的	<input type="checkbox"/> 1. 痛み・症状の緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 患部の固定・矯正 <input type="checkbox"/> 3. 日常生活の利便性 <input type="checkbox"/> 4. 再発防止・予防 <input type="checkbox"/> 5. その他()		
8. 装具作成時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1. ギブス・石膏・足型版等で型を取った <input type="checkbox"/> 2. 試着 <input type="checkbox"/> 3. S・M・Lのサイズを決めるためメジャーで測った <input type="checkbox"/> 4. 試着 <input type="checkbox"/> 5. 何も行ってない <input type="checkbox"/> 6. その他() 治療中の場合は、記入不要 (頭で確認)		
9. 診療を受けた期間	令和 0 6 0 3 1 3 から 令和 0 6 0 3 3 1 まで	日数	3 日
上記の期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日
10. 装具等の装着について指示を受けた日	令和 0 6 0 3 2 3	11. 装具装着日	令和 0 6 0 3 3 1

給付金は事業所へ振込をし、事業所より被保険者本人の口座へ振込となります。

ただし、現在すでに退職されている場合は被保険者本人口座への振込となりますが、最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人と人事担当者にて確認のうえ記入してください。

① 振込先の確認 現在の状況について、お尋ねします。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 在職中 <input type="checkbox"/> 2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中 <input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日退職 「3」に該当する方のみ、 ②をご記入ください	② 資格喪失者の口座	コード番号 (金融機関コード)	(店番コード)	
		金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他()	
		預金種別	普通 口座番号	(右づめ)
		口座名義人	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。)◆被保険者名義の口座に限る	
公金受取口座		※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。		

⑤ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

【 必要書類一覧 兼 チェックリスト 】

各提出書類の「確認事項」を確認いただき、整っていれば申請者チェック欄に ✓ をつけてください。不備がある場合は、整えてからご提出ください。申請者チェック欄 (すべての項目) に がついていることを確認いただき、ご申請願います。

なお、医療機関からの診療内容と照らし合わせて支給決定を行うため、申請内容に相違がある場合は、支給申請書を一旦返却いたします。

No.	提出書類名	確認事項	申請者 チェック欄	健保 使用欄
1	療養費支給申請書	①被保険者記入欄がすべて記入されている ②労災・通勤災害・第三者行為には該当しない	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	医師の証明書 (原本) ※治療用眼鏡、義眼、 弾性着衣は⑤を除く	1.以下の項目が記載されている ①受診者の氏名、生年月日、傷病名 ②保険医療機関の名称、所在地、医師氏名 ③医師から治療用装具の装着が必要であると指示を受けた年月日 ④医師が作製等を指示した治療用装具の名称 ⑤医師が治療用装具の装着 (適合) 状態を確認した年月日 2.【前回と同様の装具を作製する場合】 耐用年数を経過している ※耐用年数表はホームページ掲載あり	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	作製した装具の領収書 (原本) 健保から給付を受けた後、 市区町村へ医療費助成の 申請を行う場合、“領収書 のコピー”が必要です。 必ず、ご自身でコピーを とってからご申請ください。	1.以下の項目が記載されている ①領収年月日 ②装具を使用する者の氏名 ③購入した治療用装具の名称 ④オーダーメイド または 既製品の別 (既製品の場合は、メーカー・製品名が必要) ※治療用眼鏡、弾性着衣は除く ⑤料金明細 (内識別に名称、採寸・採型区分、 種類、価格等が必要) ※義眼は除く ⑥治療用装具を取り扱った義肢装具士の氏名 ※治療用眼鏡、弾性着衣、義眼は除く 2.領収年月日の翌日から2年以内の請求である	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	作製した装具の画像 ※治療用眼鏡、義眼、 弾性着衣は除く	画像貼付台紙に以下の画像を貼付している ①正面 ②両側面 ③背面 ※靴、靴底 (インソール) などは底面 ④ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等 (ある場合のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

【治療用装具等 画像貼付台紙】



※ 購入された装具について撮影し、この専用台紙に貼りつけてください。(装具が複数ある場合1装具ごとに貼付けてください) 装具の仕様が確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。

被保険者等
記号 番号

1 0 1 2 3 4 5 6 7

受診者氏名

健保太郎

作成した
装具名

短下肢 装具



オーダーメイド



既製品

メーカー名: アルケア(株)

製品名: アンクルサポート

領収書
にてご確認
ください。

① 正面

治療用装具の写真を
貼り付けてください

② 両側面

治療用装具の写真を
貼り付けてください

③ 背面 ※靴、靴底(インソール)などは底面

治療用装具の写真を
貼り付けてください

④ ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記等(ある場合のみ)

治療用装具の写真を
貼り付けてください