

健康保険被保険者療養費支給申請書（装具用）

家族

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被の 記号-番号	—		氏 名		
	住 所	〒 — Tel ()				
	会社名					
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	年 月 日 生			続 柄
	装着について指示 を受けた日	平成 年 月 日 令和	入・通院の別		入 院 ・ 通 院	
	傷 病 名			発病又は負傷 年月日	平成 年 月 日 令和	午前・午後 時頃
	発病又は負傷の 原因（具体的に）	第三者の行為によるものですか。（はい ・ いいえ）				
	装具に要した 費用の額	円				
	振込 希望 口座	金融機関名 銀行 金庫 ()	本・支店名 本店 支店 ()	口座番号 (普)		請求者名義 (カタカナ)

※以下は、別紙添付の場合は記入不要です。

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 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 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 医師名				

【添付する書類】

- ①領収書（原本）および領収書の内訳（見積書など）
- ②医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）及び装具装着証明書」
- ※添付しない場合は、「医師証明欄」に記入が必要です。
- ※弾性着衣、靴型装具の申請は裏面の注意事項①、②をご確認ください。

支 給 決 定 欄	領収書発行日	令和 年 月 日	常務理事	担当	担当	
	給付対象額	円				
	支給決定額	円				

受 付 印

【注意事項】

- ① リンパ浮腫治療のための弾性着衣を申請する方へ
弾性着衣等の場合は「弾性着衣等装着指示書」が必要です。

〈参考〉支給対象額（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 上肢	7,000円
弾性包帯 下肢	14,000円

※一度に購入できる弾性着衣は洗い替えを考慮し、2着を限度とします。

※2回目以降は、前回の購入（領収日）から6ヵ月経過していること。

- ② 靴型装具を申請する方へ
平成30年4月1日から、靴型装具に係る申請に際し、当該装具の写真
（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）の添付が必要です。

【問合わせ先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合

〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階

TEL (06)4397-3260

- 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	
-----	--