

治療用装具(コルセット、ギブス、義眼等)の場合 定 伺

資格	取得	年	月	日	被扶養者	常務理事	事務長	担当
	喪失	年	月	日				
支給期間		外来・入院			支給金額(法定)		台帳	
自		年	月	日				
至		年	月	日	どちらかに○をつけてください			

健康保険 ◎ 被保険者 療養費支給申請書 A (コルセット等)
○ 家族 治療用装具
(どちらかに○をしてください) OCの場合はロケも記載

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号	〇〇—〇〇〇〇〇〇	事業所 (OCはロケ)	オムロン株式会社(K)	所属	健保
	連絡のとれる連絡先	電話番号 □ 社用 □ 個人	メールアドレス			
		000-0000-0000	〇〇〇〇〇@omron.com			
	申請対象者	氏名	続柄	年齢	生年月日	
		健保 太郎	本人	40 歳	昭和 57 年 8 月 21 日	
	傷病名	左膝前十字靱帯損傷			発病または負傷年月日	
					令和 4 年 7 月 1 日 (負傷の場合は 13 時頃)	
	発病・負傷の原因	*原因不明の場合は、「不詳」と記入ください				
		交差点で出会いがしらに自転車と接触				
	診療を受けた病院の名称	御室病院 医師に診療を受けた日 領収書の金額				
診療の期間	自	令和 4 年 7 月 1 日	装具(診療)に要した額	金	21,424 円也	
	至	令和 4 年 7 月 1 日 1 日間				
申請理由 1.2.どちらかに○をしてください	☒ 1. 治療用装具装着の為(装具名(*1) 左膝装具軟性) ☐ 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等(*2)					
第三者行為に該当 (どちらかに○)	☒ する ☐ しない	第三者の行為による負傷の時	健保への届出の有無	☒ ある ・ ☐ ない		
			第三者の氏名	御室 次郎 書類の提出日		
他責の場合は「する」を選択してください						
令和 4 年 8 月 31 日						
住所 600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801						
被保険者の氏名 健保 太郎 印 *自署の場合は押印不要						

(*1) 下肢装具／腰椎装具／足底装具 など装具の種類を記入ください

(*2) 対象は9歳未満の小児です。

被保険者氏名欄
氏名をExcelに入力した場合は押印必要

受付日付印

* 在籍者の場合振込希望銀行の記入は不要です

振込希望銀行	振込先	御室	銀行	健保	支店
	金融機関名		信用金庫		
	預金種別	● 普通 / ○ 当座	NO.	〇〇〇〇〇〇〇	
	口座番号				
	預金名義人 (カタカナ)	ケンポ タロウ	(TEL)	000-0000-0000	

* 必要な添付書類 *

- 治療用装具装着での申請
医師の証明、領収書
治療用装具の明細(医師の証明や領収書に記載されている場合は不要)
装具作製確認書・写真貼付用紙
- 治療用眼鏡での申請
医師の証明(治療用眼鏡等の作成指示書)
領収書

本人退職や死亡のタイミングで申請する場合のみ記入してください

いずれもコピー不可

小児用眼鏡(弱視用眼鏡)の場合

支給決定伺

資格	取得	年	月	日	被扶養者	常務理事	事務長	担当
	喪失	年	月	日				
支給期間		外来・入院			支給金額(法定)		台帳	
自		年	月	日				
至		年	月	日	どちらかに○をつけてください			

健康保険 ○ 被保険者 療養費支給申請書 A (コルセット等)
 ◎ 家族 (治療用装具)
 (どちらかに○をしてください) OCの場合はロケも記載

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	〇〇—〇〇〇〇〇〇	事業所 (OCはロケ)	オムロン株式会社(K)	所属	健保	
	連絡のとれる 連絡先	電話番号 □ 社用 □ 個人	メールアドレス				
		000-0000-0000	〇〇〇〇〇@omron.com				
	申請対象者	氏名	続柄	年齢	生年月日		
		健保 次郎	長男	5 歳	平成 29 年 8 月 21 日		
	傷病名	弱視(乱視)			発病または 負傷年月日	平成 31 年 12 月 1 日 (負傷の場合は 時頃)	
	発病・負傷の 原因	*原因不明の場合は、「不詳」と記入ください 生まれつき					
	診療を受けた 病院の名称	御室クリニック			医師に診療を受けた日		
	診療の期間	自	令和 4 年 7 月 1 日	装具(診療) に要した額	金	29,800	円也
		至	令和 4 年 7 月 1 日 1 日間	領収書の金額			
申請理由 1.2.どちらかに ○をしてください	○ 1. 治療用装具装着の為(装具名(*1)) ◎ 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等(*2)						
第三者行為に 該当 (どちらかに○)	○ する ◎ しない	第三者の行為に よる負傷の時	健保への届出の有無	○ ある ・ ◎ ない			
			第三者の氏名	書類の提出日			
上記のとおり申請いたします。							
令和 4 年 8 月 31 日							
住所 600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801							
被保険者の氏名 健保 太郎 印 *自署の場合は押印不要							

(*1) 下肢装具／腰椎装具／足底装具 など装具の種類を記入ください

(*2) 対象は9歳未満の小児です。

被保険者氏名欄
氏名をExcelに入力した場合は押印必要

受付日付印

* 在籍者の場合振込希望銀行の記入は不要です

振 込 希 望 銀 行	振込先	御室	銀行	健保	支店
	金融機関名		信用金庫		
	預金種別 口座番号	◎ 普通 / ○ 当座	NO.	〇〇〇〇〇〇〇	
	預金名義人 (カタカナ)	ケンポ タロウ	(TEL)	000-0000-0000	

* 必要な添付書類 *

- 治療用装具装着での申請
医師の証明、領収書
治療用装具の明細(医師の証明や領収書に記載されている場合は不要)
装具作製確認書・写真貼付用紙
- 治療用眼鏡での申請
医師の証明(治療用眼鏡等の作成指示書)
領収書

本人退職や死亡のタイミングで申請
する場合のみ記入してください

いずれもコピー不可