

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
支給	健康保険の記号・番号の確認方法は、 オムロン健保HP「よくあるご質問」をご参照ください。 【全般】>健康保険の加入情報(記号・番号)はどこから見れますか？		台帳		
自	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 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 (アクションペン等)は使用不可

被保険者等の 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 000-0000-0000	メールアドレス 〇〇〇〇〇@omron.com			
申請対象者	氏名 健保 太郎	続柄 本人	年齢 40 歳	生年月日 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 至 令和 4 年 7 月 1 日 1 日間	装具(診療) に要した額	金	21,424	円也
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 ○をしてください)	☒ 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	
他責の場合は「する」を選択してください		第三者の氏名	御室 次郎 書類の提出日		
住所 600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801 氏名 健保 太郎		令和 4 年 8 月 31 日 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。

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

* 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
支給	健康保険の記号・番号の確認方法は、 オムロン健保HP「よくあるご質問」 をご参照ください。 【全般】>健康保険の加入情報(記号・番号)はどこから見えますか？		台帳		
自	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 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 (アクションペン等)は使用不可

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 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 000-0000-0000	□ 社用 □ 個人	メールアドレス 〇〇〇〇〇@omron.com		
	申請対象者	氏名 健保 次郎	続柄 長男	年齢 5 歳	生年月日 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 領収書の金額				
	診療の期間	自 令和 4 年 7 月 1 日 至 令和 4 年 7 月 1 日 1 日間	装具(診療) に要した額	金 29,800 円也		
	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
被保険者の 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町801
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 金融機関名	御室	銀行 信用金庫	健保	支店
	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 *

1. 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
2. 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