

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	健康保険被保険者 記号・番号	—	氏 名			
	住 所	〒 — Tel ()				
	所属部署	Tel ()				
	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	令和 年 月 日		入・通院の別	入 院 ・ 通 院	
	傷 病 名			発病又は負傷 年月日	令和 年 月 日 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				
	振込先 口座※	金融機関名	本・支店名	口座番号（7桁）	被保険者名義（カタカナ）	
		銀行 金庫 ()	本店 支店 ()	(普)		
※振込先口座については、原則給与口座を指定ください。 給与とは別の口座を指定される場合は、振込先がわかる通帳等の写しを併せてご提出ください。 なお、口座は被保険者名義のものを指定ください。						

※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。

受 付 印

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

【注意事項】裏面をご確認ください。

【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。
- ③ 療養費支給証明書が必要な方へ
支給決定通知書は、支払日の前営業日に申請書記載住所へ送付します。
- ④ 領収書原本について ※支給決定後にお返しすることはできません※
返却希望の場合は、その旨を申請書余白部分に赤字で記載いただき、
領収書のコピーを取り、原本と併せて一度健保組合へご提出ください。
こちらで原本確認後返却いたします。

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合

〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702

TEL (052)951-4907

- 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	
-----	--