

記入例

立替払いをした場合A…
(何らかの理由で)健康保険証を持たずに医療機関を受診し、窓口で全額自己負担した場合。
※添付書類は2面1Aをご参照ください。

この部分には記入しないでください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する方に○を付けてください。

忘れずに押印ください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

⑦ 被保険者証 記号・番号	① 生 年 月 日	⑨ 被保険者の (フリガナ)	報道 太郎
1 2 3 - 4 5 6 7	昭和 39年12月 1日 平成	(申請者) 氏名と印	報道
療養が被扶養者に 関する時はその方の	③ 氏 名	⑩ 生 年 月 日	⑪ 被保険者 との続柄
	該当せず	大正 昭和 平成 年 月 日	
⑫ 被保険者の (申請者) 住 所	⑬ 事業所 (勤務先住所) の所在地		
(フリガナ) カナガワケン ○○シ ○○チョウ 〒 △△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△△		東京都千代田区○○町△△-△△ ○○ビル	
⑭ 傷 病 名	⑮ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)		
例 胃腸炎 (わかる範囲でご記入ください)	△△年6月1日		
⑯ 負傷の場合その原因及び経過	4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 □ 交通事故 ・ □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中 (□職場の行事 ・ □職場の行事以外) □ 動物による負傷 (飼主 □有 ・ □無) □ あてはまらない		
	5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 □ 被害者 ・ □ 加害者 ・ □ 相手無		
	6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。		
診療を受けた 病院等	⑲ 名 称	⑳ 診療した医師氏名	
	〇〇医院	〇〇〇 〇〇	
	㉑ 所在地 東京都〇〇区〇〇町△-△△-△		
⑳ 診療の期間 (支給期間)	自 診 療 日 数	㉒ 入院の場合、入院の期間	㉓ 診療に要した費用の額
至 平成△△年6月1日 3日	入院 入院外	平成 年 月 日 から	△, △△△ 円
	入院	平成 年 月 日 まで 日間	
㉔ 診療の内容	㉕ 療養の給付を受けることができなかった理由		
初診、投薬 他 (わかる範囲でご記入ください)	保険証を持たずに受診したため		

平成 △△ 年 10 月 15 日提出

⑯は医療機関を受診した日です。
例えば、6/1、6/3、6/9に受診した場合は
(自)平成△△年6月1日～(至)平成△△年6月9日
3日間となります。

該当する項目に○を付けてください。

領収書の金額をご記入ください

記入例

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します		平成 △△ 年 10 月 15 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△ 氏名 報道 太郎	報道 Ⓜ
	⊗ 代理人 (事業主)	住所 事業主(勤務先) 記入・押印欄 氏名	

【記入上の注意】

忘れずに押印ください。

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓜ の欄に“該当せず”とご記入ください。
” 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓜ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊗ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖ 「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊗ 「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗ⓂⓂⓂ
ⓂⓂⓂ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入捺印ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、医療機関が記入捺印した別紙「領収(診療)明細書」

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※“治療用眼鏡”と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

記入例

立替払いをした場合B…
誤って以前加入していた健康保険の保険証で
受診し、診療費を前の保険者に返還した場合。
※添付書類は2面1Bをご参照ください。

この部分には記入しないでください。

健康保険証を
見て正確にご
記入ください

該当する方に○を付けてください。

忘れずに押印
ください。

健康保険		被保険者	療養費	支給申請
被扶養者		療養付加金		
⑦ 被保険者証 記号・番号		⑧ 生 年 月 日	⑨ 被保険者の (フリガナ)	
2	3	昭和 39年12月1日	報道 太郎	
療養が被扶養者に 関する時はその方		⑩ 氏 名	⑪ 生 年 月 日	⑫ 被保険者 との続柄
		報道 花子	大正 昭和 53年10月16日	妻
⑬ 被保険者の (申請者)		⑭ (フリガナ) カナガワケン ○○シ ○○チョウ		
住 所		〒 △△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△		
⑮ 事 業 所 の 名 称		⑯ 事 業 所 の 所 在 地	⑰ (勤務先住所) 東京都千代田区○○町△△-△ ○○ビル	
⑱ 傷 病 名		⑲ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)		△△年6月1日
例 結膜炎 (わかる範囲でご記入ください)				
⑳ 負傷 の場合その 原因及び 経過		㉑ 4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (職場の行事 ・ 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない 5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたり ますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無 6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。		
㉒ 診療を受けた 病 院 等		㉓ 名 称	㉔ 診療した医師氏名	
		○○眼科クリニック	○○ ○○○	
㉕ 所在地		神奈川県○○市○○区△-△△-△		
㉖ 診 療 の 期 間 (支給期間)		㉗ 自	㉘ 診 療 日 数	㉙ 入院・入院外 の 別
		△△年6月1日	3	㉚ 入院の場合、入院の期間
		△△年6月9日	入院外	平成 年 月 日 から
			入院	平成 年 月 日 まで 日間
㉛ 診 療 の 内 容		㉜ 以前加入していた健康保険の 保険証を使用して受診したため		㉝ 診療に要した費用の額 △, △△△ 円
再診、検査、投薬 他 (わかる範囲でご記入ください)		㉞ 療養の給付を受ける ことができなかった理由		

平成 △△年 10月 6日提出

㉚は医療機関を受診した日です。
例えば、6/1、6/3、6/9に受診した場合は
(自)平成△△年6月1日～(至)平成△△年6月9日
3日間となります。

該当する項目に○
を付けてください

※ 領収書の金額を
ご記入ください

記入例

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します		平成 △△ 年 10 月 15 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△ 氏名 報道 太郎	[報道] [印]
⊗ 代理人 (事業主)	住所 [事業主(勤務先)記入・押印欄] 氏名		

【記入上の注意】

忘れずに押印ください。

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗⊗ の欄に“該当せず”とご記入ください。
” 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗⊗ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊗ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊙「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗⊖⊗⊗
⊗⊗⊗ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入捺印ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、医療機関が記入捺印した別紙「領収(診療)明細書」

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※“治療用眼鏡”と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

記入例

治療用装具。コルセット等を作製した場合。
※添付書類は2面2をご参照ください。

この部分には記入しないでください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する項目に○を付けてください。

忘れずに押印ください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

⑦ 被保険者証 記号・番号	⑧ 生 年 月 日	⑨ 被保険者の (フリガナ)	報道 太郎
1 2 3 - 4 5 6 7	昭和 39年12月 1日	(申請者) 氏名と印	報道 太郎
療養が被扶養者に 関する時はその方の 氏 名	⑩ 該当せず	⑪ 生 年 月 日	⑫ 被保険者 との続柄
⑬ 被保険者の (フリガナ)	カナガワケン ○○シ ○○チョウ	大正 昭和 平成	
(申請者) 住 所	〒 △△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△△	年 月 日	
⑭ 事 業 所 の 名 称	(勤務先名称) ○○○株式会社	⑮ 事 業 所 の 所 在 地	(勤務先住所) 東京都千代田区○○町△△-△△ ○○ビル
⑯ 傷 病 名	(わかる範囲でご記入ください) 例 右膝半月板損傷	⑰ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	△△年4月20日
⑱ 負傷の場合その原因及び経過	[負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平成 △△年 4 月 18 日 (△ 曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 10 時 30 分頃		4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (職場の行事 ・ 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない 5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 相手無 6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。
	1. けが(負傷)をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input checked="" type="checkbox"/> その他 () 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (出勤 ・ 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 () 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑲ 診 療 を 受 け た 病 院 等	⑳ 名 称	〇〇〇〇整形外科	㉑ 診 療 し た 医 師 氏 名
	㉒ 所 在 地	神奈川県○○市○○区 △△-△△-△△△△	〇〇〇 〇〇
㉓ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 診 療 日 数	△△年 4月20日	㉔ 入 院 の 場 合 、 入 院 の 期 間
	至 診 療 日 数	1 日	
㉕ 診 療 の 内 容	㉖ 装具作製		㉗ 補装具製作所が保険契約無いため。
	㉘ 療養の給付を受けることができなかった理由		

⑱の欄はケガをされた場合は必ずご記入ください。

⑲は医師の意見(同意)書に記載されている、指示(同意)日をご記入してください。

該当する項目に○を付けてください。

装具の領収書の金額をご記入ください。

記入例

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します		平成 △△ 年 5 月 27 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△ 氏名 報道 太郎	報道 Ⓜ
⊗ 代理人 (事業主)	住所 氏名	事業主(勤務先)記入・押印欄 Ⓜ	

【記入上の注意】

忘れずに押印ください。

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓜ の欄に“該当せず”とご記入ください。
”「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗Ⓜ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊗ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊗「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗ⓂⓂⓂ
ⓂⓂⓂ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入捺印ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、医療機関が記入捺印した別紙「領収(診療)明細書」

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※“治療用眼鏡”と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊗ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

記入例

この部分には記入しないでください。

小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合。
※添付書類は2面3をご参照ください。

健康保険証を見て正確にご記入ください

該当する項目に○をつけてください。

忘れずに押印
ください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

⑦ 被保険者証 記号・番号	④ 生 年 月 日	⑤ 被保険者の (フリガナ)	報道 太郎
1 2 3 - 4 5 6 7	昭和 39年12月 1日 平成	(申請者) 氏名と印	報道 太郎
療養が被扶養者に 関する時はその方の	⑤ 氏 名	④ 生 年 月 日	⑦ 被保険者 との続柄
	報道 一郎	大正 昭和 平成 16年 5月 1日	長男
⑥ 被保険者の (申請者) 住 所	カナガワケン ○○シ ○○チョウ 〒 △△△-△△△△ 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△		
⑦ 事 業 所 の 名 称	(勤務先名称) ○○○株式会社	⑦ 事 業 所 の 所 在 地	(勤務先住所) 東京都千代田区○○町△△-△ △△ビル
③ 傷 病 名	弱視、内斜視	⑧ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	△△年7月2日
⑨ 負傷の場合その原因及び経過	[負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平成 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃		
	1. けが(負傷)をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 () 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 () 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない 5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無 6. 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。		
診療を受けた 病院等	② 名 称	⑥ 診療した医師氏名	○○○ ○○
	⑦ 所在地	神奈川県○○市○○町 △△-△△	
⑩ 診療の期間 (支給期間)	自	△△年 7月 2日	⑦ 診療に要した費用の額
	至	年 月 日	
⑪ 診療の内容	⑧ 診療日数	1 日	△△, △△△ 円
	⑨ 入院・入院外 の 別	入院外	
	⑩ 入院の場合、入院の期間	平成 年 月 日 から	⑪ 診療に要した費用の額
	平成 年 月 日 まで 日間		
	⑫ 療養の給付を受けることができなかった理由	補装具製作所は保険契約無いため	

⑫は保険医の作製指示書等の指示年月日を記入してください。

該当する項目に○をつけてください。

領収書の金額をご記入ください。但し支給額には上限があります。

記入例

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します		平成 △△ 年 9 月 27 日
	⊖ 被保険者 (申請者)	住所 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△ 氏名 報道太郎	報道 Ⓜ
⊕ 代理人 (事業主)	住所 氏名	事業主(勤務先)記入・押印欄 Ⓜ	

【記入上の注意】

忘れずに押印ください。

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ⊕⊕⊕ の欄に“該当せず”とご記入ください。
”「被扶養者」にマルをされた方は ⊕⊕⊕ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊕ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊕「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊕「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊕⊕⊕⊕
⊕⊕⊕ の欄はその様読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また⊕ の欄は代理人(事業主)がご記入捺印ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

- A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。
- ① 領収書(原本)
 - ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、医療機関が記入捺印した別紙「領収(診療)明細書」
- B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。
- ① 領収書(原本)
 - ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊕ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※“治療用眼鏡”と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊕ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の
② 保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。