

記入例

立替払いをした場合A
(何らかの理由で)医療機関等で健康保険の資格
が確認できず、窓口で全額自己負担した場合。

記号・番号は、①マイ
ナポータル、②資
格情報のお知らせ、
③資格確認書(健康
保険証)のいずれか
でご確認ください。

該当する方に○を付けてください。

この部分には記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

① 被保険者等 記号・番号	④ 生 年 月 日	⑦ 被保険者の (フリガナ)
1 2 3 4 5 6 7	昭和 49年12月1日 平成 令和	報道 太郎
療養が被扶養者に 関する時はその方の	④ 氏 名 該当せず	④ 生年 月 日 昭和 平成 令和
⑤ 被保険者の (申請者)	(フリガナ) カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ	⑦ 被保険者の (フリガナ) 報道 太郎
住 所	〒 △△△-△△△△ 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△	〒 △△△ (△△△) △△△△
⑦ 事 業 所 の 名 称	(勤務先名称) 〇〇〇株式会社	⑦ 事 業 所 の 所 在 地 (勤務先住所) 東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル
③ 傷 病 名	(わかる範囲でご記入ください) 例 胃腸炎	⑧ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平(令) △△年6月1日
⑨ 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 (飼い主 ☐ 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	⑩ 名 称 〇〇クリニック	⑪ 診療した医師氏名 〇〇 〇〇〇
病 院 等	⑫ 所在地 東京都〇〇区〇〇町 △-△△-△	
⑬ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 △△年6月1日 診療 日数 3 日 至 △△年6月9日	⑭ 入院・入院外 ⑮ 入院の場合、入院の期間 ⑯ 診療に要した費用の額 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 △, △△△ 円
⑰ 診 療 の 内 容	(わかる範囲でご記入ください) 例 初診、投薬 他	⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由 健康保険の資格が確認できず、10割負担したため

令和 △△ 年 7 月 1 日提出

受付日付印

⑭は医療機関を受診した日です。

例えば、6/1、6/3、6/9に受診日した場合は
(自)令和△△年6月1日~(至)令和△△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	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。			令和 △△ 年 7 月 1 日
	⑤ 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	
	⑥ 代理人	住所	東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル 〇〇〇 株式会社	
		氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇	

事業主（勤務先）記入

【記入上の注意】

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 ⑤⑥⑦ 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 ⑤⑥⑦ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⑦ の欄 に“任意継続”とご記入ください。
4. ⑤「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑥「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、③④⑦⑧ ⑨⑩⑪ 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 ⑤ の欄は被保険者(申請者)が、また ⑥ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A 医療機関等で健康保険の資格が確認できず、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、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の健康保険の資格を使用し、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)

③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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 ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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資格で
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。

記号・番号は、①マイ
ナポータル、②資
格情報のお知らせ、
③資格確認書(健康
保険証)のいずれか
でご確認ください。

該当する方に○を付けてください。

この部分には記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 被扶養者 療養付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	④ 生 年 月 日	⑦ 被保険者の (フリガナ)
	1 2 3 4 5 6 7	昭和 平成 令和 49年12月1日	報道 太郎
	療養が被扶養者に ④ 氏 名	報道 花子	④ 生年 月 日
	昭和 平成 令和 53年10月16日	⑦ 被保険者 との続柄	妻
	⑤ 被保険者の (申請者) 住 所	(フリガナ) カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ 〒 △△△-△△△△ 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△△ Tel. △△△ (△△△) △△△△	
	⑦ 事 業 所 の 名 称	(勤務先名称) 〇〇〇株式会社	⑦ 事 業 所 の 所 在 地 (勤務先住所) 東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル
	③ 傷 病 名	(わかる範囲でご記入ください) 例 結膜炎	⑧ 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平(令) △△年6月1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・令 年 月 日 (曜日) □ 午前 ・ □ 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。 □ 出勤日 ・ □ 休日(定休日・休暇を含む) □ 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。 □ 勤務時間中 ・ □ 通勤途中 (□ 出勤 ・ □ 退勤) □ 出張中 ・ □ 私用 ・ □ 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。 □ 会社内 ・ □ 道路上 ・ □ 自宅 □ その他 ()	
	④ 診療を受けた 病院等	④ 名称 〇〇眼科クリニック	④ 診療した医師氏名 〇〇 〇〇〇
	④ 診療の期間 (支給期間)	④ 所在地 神奈川県〇〇市〇〇町 △-△△-△	
④ 診療の内容	④ 自 △△年6月1日 診療 ④ 入院・入院外 ④ 入院の場合、入院の期間 ④ 診療に要した費用の額		
	④ 至 △△年6月9日 3 日 ④ 入院外 ④ 入院 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 △, △△△ 円		
	④ (わかる範囲でご記入ください) 例 再診、検査 他	④ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	

令和 △△ 年 7 月 1 日提出

受付日付印

④は医療機関を受診した日です。

例えば、6/1、6/3、6/9に受診日した場合は
(自)令和△△年6月1日～(至)令和△△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	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 △△ 年 7 月 1 日
	⑤ 被保険者 (申請者)	住所 神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△ 氏名 報道 太郎	
	⑥ 代理人	住所 東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○○ビル ○○○ 株式会社 氏名 代表取締役 ○○ ○○○	事業主(勤務先)記入

【記入上の注意】

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 ⑤⑥⑦ 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 ⑤⑥⑦ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⑦ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⑤「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑥「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、③④⑤⑥⑦⑧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 ⑤ の欄は被保険者(申請者)が、また ⑥ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A 医療機関等で健康保険の資格が確認できず、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、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の健康保険の資格を使用し、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)
- ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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 ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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。

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

該当する方に○を付けてください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	⑦ 被保険者等 記号・番号		① 生 年 月 日		⑦ 被保険者の (フリガナ)	
	1 2 3 - 4 5 6 7		昭和 平成 令和 49年12月1日		報道 太郎	
	療養が被扶養者に 関する時はその方の		④ 氏 名		④ 生 年 月 日	
	該当せず		昭和 平成 令和 年 月 日		⑦ 被保険者 との続柄	
	⑤ 被保険者の (申請者)		(フリガナ) カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ			
	住 所		〒 △△△-△△△△		Tel △△△ (△△△) △△△△	
	② 事 業 所 の 名 称		(勤務先名称) 〇〇〇株式会社		⑦ 事 業 所 の 所 在 地	
					(勤務先住所) 東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル	
	③ 傷 病 名		(わかる範囲でご記入ください) 例 右膝半月板損傷		⑧ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	
					平(令)△△年6月10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(令)△△年6月9日(○曜日) □午前・☑午後 10時30分頃 1. けが(負傷)をした日は次のうちどれに当たりますか。 □出勤日・☑休日(定休日・休暇を含む) □その他() 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれに当たりますか。 □勤務時間中・□通勤途中(□出勤・□退勤) □出張中・☑私用・□その他() 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれに当たりますか。 □会社内・□道路上・☑自宅 □その他()		4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれに当たりますか。 □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当たりますか。 □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。		
				自宅階段で転倒		
診療を受けた 病院等		② 名 称		〇〇整形外科		
		⑦ 所在地		東京都〇〇区〇〇 △-△△-△		
⑨ 診 療 の 期 間 (支給期間)		自△△年6月10日		⑦ 入院の場合、入院の期間		
		至 年 月 日 1 日		令和 年 月 日から		
		④ 入院・入院外 の 別		令和 年 月 日まで 日間		
		入院外		△, △△△ 円		
⑩ 診 療 の 内 容		装具作製		⑪ 療養の給付を受ける ことができなかった理由		
				補装具作成所が保険契約が無いため		

令和 △△ 年 7 月 1 日提出

受付日付印

⑨の欄はケガを
された場合は、
必ずご記入くだ
さい。

⑪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
ください。

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	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。			令和 △△ 年 7 月 1 日
	⑤ 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	
	⑥ 代理人	住所	東京都中央区〇〇 △△△-△△△-〇〇ビル 〇〇〇 株式会社	
		氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇	

事業主（勤務先）記入

【記入上の注意】

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 ⑤⑥⑦ 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 ⑤⑥⑦ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⑦ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⑤「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑥「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、③④⑤⑥⑦⑧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 ⑤ の欄は被保険者(申請者)が、また ⑥ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

- A 医療機関等で健康保険の資格が確認できず、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、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)
- B 誤って以前加入していた健保組合等の健康保険の資格を使用し、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)
 ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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 ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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

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。

記号・番号は、①マイ
イナポータル、②資
格情報のお知らせ、
③資格確認書（健康
保険証）のいずれか
でご確認ください。

該当する方に○を付けてください。

この部分には記入しないでください。

被保険者 療養費 支給申請書
被扶養者 療養付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	⑦ 被保険者等 記号・番号		① 生 年 月 日		⑦ 被保険者の (フリガナ)	
	1 2 3 - 4 5 6 7		昭和 平成 令和 59年12月1日		報道 太郎	
	療養が被扶養者に 関する時はその方の		④ 氏 名		④ 生 年 月 日	
	報道 一郎		昭和 平成 令和 28年10月16日		⑦ 被保険者 との続柄	
	⑤ 被保険者の (申請者)		(フリガナ) カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ		長男	
	住 所		〒 △△△-△△△△ 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△		Tel △△△ (△△△) △△△△	
	② 事 業 所 の 名 称		(勤務先名称) 〇〇〇株式会社		⑦ 事 業 所 の 所 在 地	
	東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル		⑤ 傷 病 名		⑤ 発病又は負傷年月日	
	(わかる範囲でご記入ください) 例 弱視、内斜視		平・令 △△年 6月 10日		(療養開始日)	
	⑤ 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・令 年 月 日 (曜日) □ 午前 □ 午後 時 分頃 1. けが(負傷)をした日は次のうちどれに当たりますか。 □ 出勤日 □ 休日(定休日・休暇を含む) □ その他 () 2. けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれに当たりますか。 □ 勤務時間中 □ 通勤途中 (□ 出勤 □ 退勤) □ 出張中 □ 私用 □ その他 () 3. けが(負傷)をした場所は次のうちどれに当たりますか。 □ 会社内 □ 道路上 □ 自宅 □ その他 ()		4. けが(負傷)をした原因は次のうちどれに当たりますか。 □ 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当たりますか。 □ 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		② 名 称		〇〇眼科		
② 所在地		神奈川県〇〇市〇〇 △-△△-△		⑤ 診療した医師氏名		
〇〇 〇〇〇		② 診療 の 期 間 (支給期間)		⑦ 診療に要した費用の額		
自 △△年 6月 10日		診療 日 数		⑦ 入院の場合、入院の期間		
至 年 月 日 1 日		⑦ 入院・入院外 の 別		令和 年 月 日から		
① 診療の 内 容		治療用眼鏡の作製		令和 年 月 日まで 日間		
⑤ 療養の給付を受ける ことができなかった理由		補装具作成所が保険契約が無いため		△, △△△ 円		

令和 △△ 年 7 月 1 日提出

受付日付印

④は医師の意見（同意）書に記載されている、指示（同意）日をご記入ください。

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。
但し、支給額には上限があります。

記入例

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。			令和 △△ 年 7 月 1 日
	⑤ 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	
	⑥ 代理人	住所	東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル 〇〇〇 株式会社	
		氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇	

事業主（勤務先）記入

【記入上の注意】

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 ⑤⑥⑦ 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 ⑤⑥⑦ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⑦ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⑤「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑥「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、③④⑤⑥⑦⑧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 ⑤ の欄は被保険者(申請者)が、また ⑥ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A 医療機関等で健康保険の資格が確認できず、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、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の健康保険の資格を使用し、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)
- ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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 ④ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⑤ 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。