

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)	事業所名
	住所	(〒 - )	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
<input type="checkbox"/> 療養費の受取については事業主に委任します。(委任する場合は☑) ※ 在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。			

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	受取代理人 (事業所の事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	委任者と受取代理人との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	銀行 信用金庫 その他	本店 支店 その他
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分
			左づめでご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人

【添付書類】

- ・ コルセット等.....領収書(原本)、負傷原因届(ケガの場合) 医師の意見書・装具装着証明書(原本)
- ・ 小児弱視等眼鏡等...領収書(原本)、作成指示等、検査結果

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

\_\_\_\_\_

- ・ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・ マイナンバーを記載した場合は、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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

# 健康保険 被保険者家族 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年	月	日

から

年	月	日

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

年	月	日

から

年	月	日

まで

日数

日

7 装具等の装着について  
指示を受けた日

年	月	日

8 装具装着日

年	月	日

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

# 【記入例】

## 保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

1

2

被保険者 (申請者) 情報	記号	999	番号	999	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	被保険者証の					事業所名	株式会社〇〇〇
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ) 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇						
<input checked="" type="checkbox"/> 療養費の受取については事業主に委任します。 (委任する場合は☑) ※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。							

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。					令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	被保険者 (申請者)	氏名 健保 太郎						
	受取代理人 (事業所の 事業主様)	事業所所在地	△△市△△区△△町〇-〇-〇				委任者と 受取代理人 との関係  雇用主	
		事業所名称	株式会社〇〇〇					
事業主氏名		代表取締役 △△ 〇〇						

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関 名称	2	〇〇〇	銀行 信用金庫 その他	〇〇〇	本店 支店 その他
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座	口座番号	1234567	左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ) カブシキガイシャ マルマルマル 株式会社〇〇〇				口座名義 の区分

### 【添付書類】

- ・ コルセット等……領収書 (原本)、負傷原因届 (ケガの場合) 医師の意見書・装具装着証明書 (原本)
- ・ 小児弱視等眼鏡等…領収書 (原本)、作成指示等、検査結果

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

- ・ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・ マイナンバーを記載した場合は、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

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

【記入例】

被保険者家族療養費支給申請書(治療用装具)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名 健保 花子

生年月日

昭和  平成  令和

〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

2 傷病名

右膝関節靭帯損傷

3 発病または  
負傷年月日

令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

2 1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

△△病院

△△市△△区△△町  
〇-〇-〇

〇〇 〇〇

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年 月 日  
〇 〇 〇 〇 〇 〇

から

年 月 日  
〇 〇 〇 〇 〇 〇

まで

日数

〇

日

6 - ①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

年 月 日  
| | | | | |

から

年 月 日  
| | | | | |

まで

日数

日

7 装具等の装着について  
指示を受けた日

3

年 月 日  
〇 〇 〇 〇 〇 〇

8 装具装着日

4

年 月 日  
〇 〇 〇 〇 〇 〇

9 療養に要した費用の額

5

25,000 円

10 診療の内容

右膝用装具の装着

11 療養費の支給申請の理由

5

5. 治療用装具を作成したため

1

- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報を記入してください。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。住所・振込先も同様です。ただし、生年月日欄は被保険者の生年月日を記入してください。
- 相続人が請求する場合、被保険者との続柄がわかる【**戸籍謄本**】等を添付してください。

2

- ゆうちょ銀行の口座へ振込みを希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号13桁)ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称	ゆうちょ	銀行	一二三	支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	1234567	左つめてご記入ください。
口座名義	ケンポ タロウ 健保 太郎			口座名義の区分 1. 申請者 2. 受取代理人

3

- 装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。
  - ・コルセット等の場合・・・「意見書」の**医師が証明した日**
  - ・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合・・・「眼鏡等作成指示書」に記載されている**作成指示があった日**
  - ・弾性着衣の場合・・・「弾性着衣等装着指示書」に記載されている**装着指示があった日**

4

- 治療用装具を装着した日をご記入ください。
  - ・コルセット等の場合・・・「装具装着証明書」に記載されている**装具を装着した日**
  - ・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合・・・領収書に記載されている**領収日**
  - ・弾性着衣の場合・・・領収書に記載されている**領収日**

5

- 領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

【添付書類】

- 医師の指示により、治療用の装具(コルセット等)を購入、装着したとき
  1. 医療機等が発行した医師の「**意見書および装具装着証明書の原本**」
  2. 装具の名称、種類および内訳別の費用額が記載された「**領収書の原本**」
- 9歳未満の小児が小児弱視等の治療を目的として眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき
  1. 「**眼鏡等作成指示書**」(視力等の検査結果が明記されていない場合は**視力等の検査結果のコピー**)
  2. 眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額が記載された「**領収書の原本**」
- 医師の指示により、治療用の弾性着衣等を購入、装着したとき
  1. 医療機等が発行した「**弾性着衣等装着指示書**」
  2. 名称、種類および内訳別の費用額が記載された「**領収書の原本**」
- ケガ(負傷)による申請の場合・・・「**負傷原因届**」
- 第三者による傷病の場合・・・「**第三者行為による傷病届**」
- 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合・・・被保険者との続柄がわかる「**戸籍謄本**」等