

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。
届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名・印	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印

被保険者氏名

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
2 傷病名			3 発病または負傷年月日 平成 年 月 日
4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 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	(平成) 年 月 日	から (平成) 年 月 日	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	(平成) 年 月 日	から (平成) 年 月 日	日まで 日数 日
7 装具等の装着について指示を受けた日	(平成) 年 月 日		
8 療養に要した費用の額	円		
9 診療の内容			
10 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		

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き

医師の指示により、治療用の装具(コルセット、弾性着衣など)を購入、装着したときや、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などに、支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身でご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

■ 医師の「意見および装具装着証明書」等

- 付属している「意見および装具装着証明書」に医師から記入・証明を受けるか、医療機関等が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書」を添付してください。
- 弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。
- 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。

■ 領収書

装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付してください。

■ 検査書(小児弱視等の治療用眼鏡等の場合)

「眼鏡等作成指示書」に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を添付してください。

このほか、必要に応じ、次の書類を添付してください。

■ ケガ(負傷)による申請の場合	● 負傷原因届
■ 第三者の行為による傷病の場合	● 「第三者行為による傷病届」
■ 被保険者が亡くなり、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

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

次ページに記入例があります。➔



ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX△△△△**大倉**

1
2 ページ

健康保険 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

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。
 届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 被保険者(申請者)情報

被保険者証の(左つめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 2 1	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	フリガナ オオクラ タロウ 大倉 太郎		自署の場合は押印を省略できます。
住所	〒105-0000 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101		
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX		

2 振込先指定口座

金融機関名称	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) オオクラ タロウ		口座名義の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

3 受取代理人の欄

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。	平成 年 月 日
代理人(口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人(口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
代理人(口座名義人)	フリガナ 氏名・印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (26.7)

受付日付印

1/2

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

2 被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

被保険者氏名 大倉 太郎

申請内容	① 受診者	1 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	② 傷病名	右膝関節靭帯損傷		③ 発病または 負傷年月日
	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 → 負傷原因箇所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
		〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	〇〇〇〇
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
4	⑥ 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	(平成) 年 月 日	日数
		2 6 0 1 0 3	2 6 0 1 0 3	日
	⑥-① 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(平成) 年 月 日	(平成) 年 月 日	日数
				日
5	⑦ 装具等の装着について 指示を受けた日	(平成) 年 月 日		
6	⑧ 療養に要した費用の額	25,000 円		
	⑨ 診療の内容	右膝用装具の装着		
	⑩ 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		

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

4

治療用装具を装着した日をご記入ください。
(例)
・コルセットの場合:「装具装着証明書」に
記載されている装具を装着した日
※「弾性着衣」および「小児弱視等にかかる
眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。

5

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。
(例)
・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
・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
※コルセットの場合は記入の必要はありません。

6

領収書に記載されている金額をご記入ください。