



# 被保険者 療養費 支給申請書（治療用装具）

コレセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者 （申請者）情報	記号（左づめ）  被保険者 記号・番号	番号（左づめ）  [10 boxes]	生年月日 1. 昭和 [2 boxes] 年 [2 boxes] 月 [2 boxes] 日 2. 平成 [2 boxes] 3. 令和 [2 boxes]	
	氏名 (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。	[20 boxes]		
	氏名			※申請者はお勤めされている（いた）被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	[5 boxes]	電話番号 (左づめハイフン除く) [13 boxes]	
	住所	都道府県		

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ) [10 boxes]		

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

2ページ目に続きます

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

（健保 記入 欄）	支給決定欄				常務理事	事務長
	支給開始日	年 月 日	回数	回		
	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	支給決定額	円	日数	担当	担当	
	備考（年金調整額等）					

受付日付印

(20241202)

被保険者  
家 族 療養費 支給申請書(治療用装具)

1

2

ページ

被保険者氏名

①-1 装具作製対象者		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
①-2 ① 装具作製対象者の 氏名(カタカナ)		<input type="text"/>	
①-3 生年月日		<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
② 傷病名		③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
④-1 傷病の原因		<input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病	
④-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求	
⑤ 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
<p>「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。</p>			
申請 内容	⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称		
	⑥-2 診療を受けた 医療機関等の所在地		
	⑥-3 診療した医師等 の氏名		
	⑦ 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	⑧ 装具等購入日(領収日) および金額	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円(右づめ)
⑨ 装具等装着確認日 (証明日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着		
⑪ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作製したため		

『健康保険療養費支給申請書(治療用装具)記入の手引き』をご確認ください。