健康保険 被保険者（家族）療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

ご記入事項を訂正される場合は、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。

□□□□
TEL ○○○ - △△△ - ~~××××~~

❶ 家族（被扶養者）が治療用装具を作成した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
記号・番号は、保険証に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、相続人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。

❸ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁）ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号をご記入ください。

❹ 備考欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

❺ 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：記入の必要なし

❻ 装具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：記入の必要なし

❼ 領収書に記載されている金額をご記入ください。

漏れなく正確にご記入ください

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 （治療用装具） （治療用眼鏡）

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者証の	記号 123	番号 30
	生年月日	昭和 平成 6年1月02日
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	
住所	〒524－0104 滋賀県守山市木浜町2298－1	
電話番号	日中の連絡先 TEL 077－585－4838	携帯 勤務先 自宅

振込先指定口座

金融機関名称	○○○ 銀行 金庫 信組 農協	○○○ 支店 出張所 本店 代理店 支所	
預金種別	普通 当座	口座番号	1234567
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) ケンポ タロウ	口座名義の区分	申請者 代理人

「代理人」の場合は必ず記入してください。

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。 令和 年 月 日 氏名 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）	〒 － TEL － － 住所 （フリガナ） 氏名	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。〉〉〉

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（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

備考欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

（R3.10）

組合使用欄 支給決定伺		資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日	支給額	万 千 百 拾 円
伺		資格喪失	令和 年 月 日		
		扶養認定	昭和 平成 令和 年 月 日	眼鏡 初回	眼鏡装着日・領収日 令和 年 月 日
		装具	装具装着日・領収日 令和 年 月 日	更新	更新（前回 年 月 日）

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 （治療用装具） （治療用眼鏡）

1 2

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	（被保険者） 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	右膝関節靭帯損傷
3 発病または負傷年月日	平成 （令和） 03年10月03日
4 発病の原因および経過（詳しく）	（病気）→ 発病時の状況 （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：○○総合病院　所在地：滋賀県○○市○○　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） （令和） 03年10月03日 から 03年10月03日 まで 日数 1 日
6-1上記の期間に入院していた場合は、その期間	平成 令和　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	平成 令和　年　月　日
8 装具装着日	平成 令和　年　月　日
9 療養に要した費用の額	¥ 2万5千0百0拾0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	☑ 治療用装具を作成したため ☐ 治療用眼鏡を作成したため