

療養費支給申請書(治療用装具)の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

1ページ目:本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 ページ 被保険者記入用

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。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0123456789アイウ

被保険者証の (左づめ) 記号 21700023	番号 21	生年月日 年 月 日 1.昭和 2.平成 3.令和 010510
氏名・印 (フリガナ) 協カイ タロウ 協会 太郎		
住所 〒 2400000 神奈川県 横浜市 〇〇区 電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く TEL 045xx xx xx		
金融機関 名称 ゆうちょ	支店名 二三八	振込先指定口座 口座番号 2345678
預金種別 1 1.普通 3.別貯 2.当座 4.通知	口座名義 キョウカイ タロウ	口座名義の区分 1 1.被保険者 2.代理人
受取代理人の欄 被保険者 氏名・印 代理人 (口座名義人) 住所 (フリガナ) 氏名・印		
※ご注意ください 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記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

「被保険者記入用」は2ページに続きます。

661669 1



記号番号は保険証に記載の記号番号を正確に記入してください。

受診者がご家族(被扶養者)であっても、被保険者情報の氏名欄にはご本人(被保険者)の氏名を記入してください。

振込先指定口座は漏れなく記入して下さい。特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっております。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(二三八など)で記入してください。〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

ご本人(被保険者)名義の口座が基本になりますが、別名義の口座へ振り込み希望の場合、受取代理人の欄への記名・押印が必要です。(自筆であっても押印の省略はできませんので、ご注意ください。)

マイナンバー記載欄につきましては、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

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、被保険者情報の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(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記入してください。

※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。

★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

特に誤りの多い項目

ご本人（被保険者）の氏名を記入してください。

受診者が、ご本人（被保険者）か、ご家族（被扶養者）かについて番号をご記入ください。

受診者がご家族（被扶養者）の場合は、氏名と生年月日を記入してください。

医師の意見書（同意書・証明書）等を確認して、傷病名を記入してください。

発病の原因について記入してください。
ケガ（外傷）の場合は、**負傷原因届の提出が必要**になります。

医師の意見書（同意書・証明書）等を確認して、医療機関情報を記入してください。

治療用装具を装着した日を記入してください。（例）
◆ 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**
➢ 「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。

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。

〇〇装具の装着、小児用眼鏡の装着、弾性ストッキングの装着等記入してください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

2 ページ 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容	1 受診者	2 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 協会 花子	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 5 8 1 0 0 1	
	2 傷病名	右関節靭帯損傷	3 発病または負傷年月日 2. 平成 0 1 0 5 0 5	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) 2. 病気 休日にバスケットをしていた際に右足を捻って受傷した。 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
		〇〇総合病院	横浜市〇〇区△-△	〇〇 〇〇
	6 治療用装具を装着した日(診療を受けた期間)	2. 平成 年 月 日から	2. 平成 年 月 日まで	日数
		0 1 0 5 0 8	0 1 0 5 0 8	
	6-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間	1. 平成 年 月 日から	1. 平成 年 月 日まで	日数
	7 装具等の装着について指示を受けた日	1. 平成 年 月 日		
8 療費に要した費用の額	2 5 0 0 0 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			

装具等の装着について指示を受けた日を記入してください。

(例)

- ・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**

※ コルセットの場合は記入の必要はありません。

共通事項

- ・ 領収書・医師の意見書などの添付書類は原本を添付願います。（治療用眼鏡の添付書類の「眼鏡等作成指示書」「視力等の検査結果のコピー」以外は原本の添付が必要です。）

治療用装具の場合

- ・ ケガ（負傷）による申請の場合は負傷原因届を添付願います。
- ・ 治療用装具の申請において、領収書に装具の内訳が記載されていない場合は、装具金額の内訳が確認できる明細書を添付願います。さらに、治療用装具が靴型装具の場合は、装具の現物写真を添付願います。

治療用眼鏡の場合

- ・ 治療用眼鏡の申請において、「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が記載されていない場合は、視力等の検査結果のコピーを添付願います。

療養費支給申請書(治療用装具)の記入にあたり 特にご注意ください8箇所

① 記号番号は、正確に記入してください。

② 受診者が、ご家族(被扶養者)であっても、被保険者情報の氏名欄には**ご本人(被保険者)の氏名**を記入してください。

被保険者:協会 太郎

被扶養者:協会 花子

健康保険 本人(被保険者) 00111
被保険者 平成26年6月25日交付

1 記号 21700023 番号 21

2 氏名 協会 太郎

生年月日 平成 元年 5月 10日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 株式会社

保険者番号 010100116

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 市 区 町 - -

印

健康保険 家族(被扶養者) 01111
被保険者 平成26年6月25日交付

1 記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 58年 10月 1日

性別 女

認定年月日 平成 26年 6月 1日

被保険者氏名 協会 太郎 2

事業所名称 株式会社

保険者番号 010100116

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 市 区 町 - -

印



保険者番号は申請書に記入いただく必要はありません。

被保険者情報	1 記号 被保険者証 (左づめ)	番号	生年月日	年	月	日				
	21700023 21		2	1.昭和 2.平成 3.令和	0	1	0	5	1	0
	氏名・印	協会 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。						
住所	〒 240	神奈川県	横浜市	区	町	1-1				
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	045	×××××××							

③ 振込先指定口座欄については、下記の2点にご注意ください。

- 基本的に**ご本人(被保険者)名義**の口座を記入してください。(上図の保険証の場合は「協会 太郎」名義です。)
- ゆうちょ銀行**をご指定の場合、支店名は**漢数字三ケタ(二三八など)**です。

振込先指定口座	金融機関名称	3 ゆうちょ	銀行 金融 信組 農協 漁協 その他()	二三八	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	2345678
	口座名義	キョウカイ タロウ			口座名義の区分

- ④ ご本人（被保険者）名義の口座以外へ振込希望の場合、**受取代理人の欄への記名・押印が必要です。**
（自筆の場合でも押印の省略はできませんので、ご注意ください。）

4 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。

受取代理人の欄	被保険者	氏名・印	協会 太郎	印	2	1.平成 2.令和	年 月 日	0 1 0 6 0 5
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
		2 4 0 ○ ○ ○ ○	0 4 5 × × × × × × ×	住所	神奈川県 横浜市 ○○区○○町 1-1			
		(フリガナ)	フリガナ	住所	神奈川県 横浜市 ○○区○○町 1-1			
		氏名・印	協会 花子	印	妻			

- ⑤ 領収書・医師の意見書などの添付書類は原本を添付願います。（治療用眼鏡の添付書類の「眼鏡等作成指示書」「視力等の検査結果のコピー」以外は原本の添付が必要です。）

治療用装具の場合

- ⑥ ケガ（外傷）による申請の場合は**負傷原因届**を添付願います。



治療用装具の場合

- ⑦ 領収書に装具の内訳が記載されていない場合は、装具金額の内訳が確認できる明細書を添付願います。さらに、治療用装具が靴型装具の場合は、装具の現物写真を添付願います。

治療用眼鏡の場合

- ⑧ 治療用眼鏡の申請において、「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が記載されていない場合は、視力等の検査結果のコピーを添付願います。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

照会先

全国健康保険協会 神奈川支部
045-339-5533 (代表)

〒240-8515
横浜市保土ヶ谷区神戸町134
横浜ビジネスパークイーストタワー2階

協会けんぽ

